

北海道社会福祉研究

第 23 号

〈特集：北海道社会福祉学会第40回大会記念講演〉

支援費制度の課題と今後の可能性

小 林 繁 市 …… 1

〈論文〉

わが国の介護サービス供給体制における市場化の
実態とその到達点

佐 橋 克 彦 …… 8

－準市場の視角から－

定年退職者の健康状況・健康管理状況の特徴

佐 藤 秀 紀 …… 19

佐 藤 秀 一

山 下 弘 二

福 渡 靖

障害のある児童生徒の就学する学校に関する調査研究

白 石 淳 …… 30

－本人の希望と問題点の調査をとおして－

北海道における苦情解決システムの現状

大 友 芳 恵 …… 41

－北海道福祉サービス運営適正化委員会受理・苦情事例から－

事業報告・事業計画・会計報告・会員名簿

学会誌編集規定・投稿規定

2002年12月

北海道社会福祉学会

北海道社会福祉研究 第23号

発行日 2002年12月20日

編集 北海道社会福祉学会編集委員会

発行人 横井 寿之（代表理事）

発行所 北海道社会福祉学会

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢1757

北海道医療大学看護福祉学部気付

☎ 01332-3-1211 fax 01332-3-1215

印刷 札幌福祉印刷

〒063-0061 札幌市西区西町北15丁目5-7

☎ 011-667-7771 fax 011-667-9750

支援費制度の課題と今後の可能性

伊達市立通勤センター旭寮長

小林 繁 市 氏

ただいまご紹介をいただきました伊達市立通勤センター旭寮の小林でございます。レジュメには何を話していいのかわからなくて、いっぱいのことを書き込みました。今でも迷っておりますが、本日は社会福祉基礎構造改革と支援費制度、そして支援費制度の課題と今後の可能性についてお話をしたいと思います。

支援費制度、一方では利用契約制度と呼ばれるものですが、支援費制度と言うのは平成15年4月からスタートします。これは障害者の支援費制度です。利用契約制度としては、例えば児童の場合は保育所、老人の場合は介護保険制度等すでにスタートしています。障害者というのは、大きく分けると三障害と言われています。身体障害者の方々が障害者全体の75%、精神障害者の方々が全体の10%、知的障害者の方々が8%ということになります。平成15年の4月からスタートする障害者の支援費制度では、これら三障害のうちの、精神障害の領域については対象外です。ですから実際にこの支援費制度がスタートするのは、身体障害者の分野と知的障害者の分野ということになるかと思います。

支援費制度の基本的理念

支援費制度の基本的理念として、大きくは2つがあげられます。1つはノーマライゼーションの実現、もう1つは地域生活支援の推進という、2つの組み立てになっています。さらに理念の背景になったものということでは、1つは、「ノーマライゼーションのノーマライゼーション化」ということです。これはノーマルな状態にしようということです。「ノーマル」というのは「正常」というのでしょうか、「正常な状態」にしようという意味です。ノーマライゼーションというのは運動論なのですが、このノーマライゼーションに対して、今までの日本の施策はノーマルではありませんでした。そこで本来的なノーマライゼーションにしようということが、私たちの中で話し合われてきました。

日本では、今までの教育や福祉という分野の中では、健常者がノーマルな人で、障害者というのはアブノーマルな人だという考え方が根強いです。知的障害者の分野では更生施設と呼ばれるところでリハビリテーション等をやっています。知的障害を持つ人たちは入所更生施設等での生活をノーマルな状態ではないのだといいます。何とかノーマルな状態に近づけよう、ノーマルな姿に近づけようという中で、今までの教育や福祉が組み立てられてきました。では、知的障害者の分野では、一旦入所施設に入った人がどのくらい、更生訓練によって再び地域に戻っていけるのでしょうか。平成10年度の実態調査では0.79%です。100人のうち1人弱しか地域に出られなくて、あとはずっと施設の中で更生訓練が続いていくというような考え方になっているわけです。

こういった考え方はおかしいということで、1959年に、もう既に40年以上も前ですが、デンマークのバンク・ミッケルセンが、いわば世の中は、社会というのは、男も女も、大人も子どもも、お年寄りも、金持ちも貧乏人も、肌の色が白い人も黒い人も、障害を持つ人も、持たない人も、みんな交わり合って生きるのがノーマルな社会だと提唱したわけです。障害を持っているからとか、肌の色が黒いからといって締め出していくのは、ノーマルな社会じゃない。だから障害をもっている本人を変えようということではなくて、そういう取り巻く社会を変えていこうというのがノーマライゼーションの理念なわけです。

ところが日本では、この理念が十分に理解されていなかった。ですからとにかく本人を変えていこうと、本人を健全な状態にしようということが、今までの教育や福祉の中でもずっとつくられて来たわけです。そういうなかで、今度の支援費にかかわる動きの中には、そういう発想を変えていこうということがあるわけです。教育の分野でもかつて特殊教育と言われたのが、特別支援教育と言うふうに変ったように、だんだん変わってくるわけですね。

その中の基本的理念というのは、1つ目は障害を持つ人も持たない人も、それぞれがありのままに存在するということです。今度の社会福祉基礎構造改革でもこの理念が入っておりますが、それぞれがありのままに存在し、ともに暮らしている社会が、正常な姿であり、そうした正常な社会にして行こうじゃないかということなのです。施設や教育のなかで、教育や訓練によって障害が軽くなった人だけが地域に住める、この人は障害が軽くなるまでずっと施設で訓練を続けるということではなくて、それぞれがありのままに地域の中で生きられるような、仕組みをつくっていこうということです。

2つ目の理念は、インテグレーションとかインクルージョンという考え方です。施設に入っている知的障害者を地域の中に帰していこうとしても、なかなか戻っていけない。そういうことなら初めから施設に入れなければいいわけです。インクルージョンと言うのは、「包み込む」とか「包含する」という意味です。初めから、生まれてから一生涯にわたって地域の中でありのままの状態で生きていく、そういう支えの仕組みをつくっていこうじゃないかということが、インクルージョンという2つ目の理念なのです。

3つ目の理念は、コミュニティケア、地域生活支援です。施設で訓練する仕組みに福祉予算を使うのではなく、地域で生きることを支える仕組みの方にお金を使っていこうということが、いわばコミュニティケアということになるかと思います。地域生活支援の原則と言うのは、「誰もが」「いつでも」「どこでも」必要とするサービスを利用できると言う仕組みをつくっていこうということだと思います。実態はまだかなり程遠いのですけれど、そんななかで「与えられる福祉」から「選ぶ福祉へ」というような考え方で、利用者はサービスを利用する側が選んでいって、できればサービスを買うという仕組みをつくっていこうじゃないかということです。

それからクオリティ・オブ・ライフ（QOL）の考え方があります。障害を持つ人も持たない人も、1回きりしかない人生だから、そういう意味では最高の充実した人生が送れるように支える仕組みをつくっていこうということです。今でもそうですが、多くの施設や学校の中では、QOLよりもADLが重視されてきました。できないことをできるようにしよう、健常者に近づけようという形なのですが、実際的にはそんなに障害が軽くなったりなくなったりはしませんので、結局はできないことが少しできるようになっても、やはり、ずっと施設の中で暮らし続けざるを得ないという現状があ

りました。できないよりもできるようになったほうがいいというのは間違いないのですが、そのできるといことがその人の人生の質につながっていかないという実態があったと思うのです。QOLとは、障害が重くても軽くても、結局は良い人生が送ればいいという考え方なのです。

それから今私たちの福祉の分野で、最も大きなテーマになっているのが、エンパワメント、生きる力という考え方です。小さな時からあなたは障害を持っているから変わらなさいと言われ続ける中で、だんだんと生きる力を失っていく。自分の人生なのに他人任せになっていくことがあったわけです。そういう面でいえば、徹底して障害そのものを肯定してみてもいいんじゃないか、というなかで、できることを本人が主体的に選択したり、自分が自発的に取り組むなかで人とかかわることが楽しかったり、生きることが楽しかったり、だんだん生きる力を積み上げていこう、培っていこうということなのです。

特に、最近になって言われていることは、今までの福祉や教育は、言わば医療モデルとか治療モデル、欠陥モデルであったとされています。悪いところを治せ治せと、言われ続けるわけです。我々でも苦手なことをやるというのは大変なわけですが、中にはストレスによって二次障害を引き起こしていくと言うケースもあったわけです。こうした治療モデルという考え方ではなくて、社会の中で普通に暮らせるように、言わば生活の質を高めるように、あるいはニーズをきちんと私たちのほうで受けとめて、様々な支援サービスを提供していこうという考え方のもとに、社会モデルとか、生活モデルとか、ニーズモデルだとか、支援モデルといったモデルやサービスの仕組みに変えていこうというような考え方が注目されるようになってきたわけです。私たちサービス提供者・支援者は、サービス利用者と同等の立場に立つパートナーとして、彼らの人生を支援していこうという考え方になるわけです。

治療モデルということ言えば、おかしい現象がいっぱいあるわけです。例えば療育手帳というのがあります。知的障害をもつ人は6歳になるともらえるわけですが、知的障害をもつと言うことは、治療や教育の対象であるということになります。言わばその障害そのものはノーマルな状態ではない、いつでも治療の対象であるという見方で療育手帳が交付されます。これが何時になっても変わらないのです。これは単なる名前の問題ではなくて、こういった理念を変換しないとやはりサービスを提供する側と利用する側の関係性が、変わっていけないのではないかと思います。

もう1つはバリアフリーです。障害を持つ人たちが、本人を変えるのではなく、障害をもっていようとまいと同じ人間なのだとすることです。これが今度の制度改革では対等な関係ということになります。同じ人間として、市民として、地域のなかで生きる権利がある。にもかかわらず、障害を持っていることによって地域で生きていけないと言うことは、様々な壁があるからです。そういう壁を壊して、地域の中で生きて行けるような街づくりをすすめようということなのです。

社会福祉基礎構造改革と支援費制度

支援費制度を平成15年度からスタートするにあたって、社会福祉基礎構造改革ということがさかんに言われてきました。社会福祉事業法が昨年の6月7日に改正されましたが、この一連の動きのなかには支援費制度があるわけです。社会福祉基礎構造改革というのは、戦後の社会福祉の基礎部分から根こそぎ変えていこうということです。これは単純に社会福祉だけに関係するだけではなく、行政改革

や財政構造改革等の六大改革の一つとして位置づけられています。

私たちのように社会福祉施設などを運営している側の中には、「守旧派」と言いますか、これまでの既得権を守ると言うところが多くを占めています。支援費制度においても、ここまで来るには、いろいろな団体がいろいろな要望をしてきたわけです。結果的には、理念は大きく変えるのですが、地域生活支援に充当する肝心なお金の流れは大きく変えられなかったと思います。私はどちらかと言うと地域生活支援に大きく変えた方がいいという考え方を持っています。よく我々が話していたことは、産業革命のときの「機械を壊す側にはならないようにしよう」ということです。私たちの今の繁栄というのは18世紀の産業革命によって、ものすごくモノが豊かになりましたが、それ以前は機械がなかったので、職人さんがいろんなものをつくっていたはずで、その職人さんたちは、産業革命によって仕事がなくなっていくのを恐れて、機械のぶち壊し運動ということを起こしていくわけです。

今日の一連の制度改革というのは、3つのキーワードをあげることができると思います。それは地方分権、規制緩和、既得権の放棄ということです。

1つ目の地方分権というのは、今までの社会福祉というのは戦後の焼け跡の中で、本当に恵まれない人、かわいそうな人たちを救済しようということから社会福祉の枠組み、言わば基礎構造ができてくるわけです。それは国が起こした戦争責任によって成り立っていました。ですから、恵まれないかわいそうな人たちを救済するのは、国の責任、つまり公的責任であるという立場です。昭和22年に戦争によって仕事を失った多くの人が出て、食べ物もなく、行旅病者といって、言わば行き倒れて亡くなっていく人がたくさんいました。あるいは樺太や満州から引きあげてくる人もたくさんいました。その人たちの生存権を保障しようということで、生活保護法が昭和22年にでき、25年には改正されていきます。昭和23年にはいわば浮浪児といわれる戦争によって生じた戦争孤児がいっぱい出てきました。そういう人たちを救済しようということで、当時と言うところの孤児院ができ、児童福祉法ができました。さらに昭和25年には身体障害者福祉法ができました。これは名誉の負傷によって、いわば戦争によって傷痍軍人になった人たちを救済するためです。これらはすべて戦争を引き起こした国の責任であるということで、福祉は言わば国主導でできていくわけです。

ところが戦後50年も経ってこれだけ豊かになれば、それは国の責任ではなく、住んでいる地域住民の、いわば市町村のレベルに落としていいのではないかという議論が起こってきます。このような動向を受けて平成15年度から障害者の施策は、全部市町村に委譲されるわけです。これまでは護送船団方式で全国一律だったのが、今度はその市町村ごと、北海道であれば212市町村それぞれが取り組んでいくということになると、当然格差ができてきます。差別化と言います。それをおかしいと言う人と、一生懸命頑張ったところはよくなっていくというのはいいことだと言う人がいます。一方、地方のほうに全部責任が移されていくという話になると、責任は移してくるのだけれど、お金が移っていくとは限らないということが問題となっています。市町村はどこも財源が大変ですから、結局は国に丸投げされても困るというわけです。

2つ目は規制緩和の問題です。今までは国が責任をもって、直営でなくても社会福祉法人のようなものを作って、言わば受託事業者を決めていたわけです。国がやることを肩代わりしていました。この福祉というのは、そういった法人等が独占していきました。しかし、介護保険制度導入のときに、ニチイ学館やコムスン等の民間事業者が入ってきました。さらに平成15年から支援費になったときに

は、居宅生活支援費についてはNPO法人などでもいいということになって、社会福祉法人という独占が崩れていくわけです。いろいろな人たちが参入してくる。これまで単純に社会福祉法人が独占していたものが、いろいろな人たちが参入してくるようになってくる可能性があるわけです。

もう1つは、既得権の放棄ということです。今までの法人と言うのは、競争相手がいませんでした。国からそういう事業をもらってきて、国がやるべきことを法人が肩代わりするわけですから、そこに働く職員は国公並の給料を補償しようと言う根拠になっていたわけです。ところが規制緩和で、そういうところがどんどん民間レベルになってくると、既得権が守られなくなってくる。私は来週火曜・水曜に知的障害者の施設協会の関係で、幹部職員研修会で支援費の話をするのですが、その中で一番話題になるのは、自分たちの既得権が守られるかどうかということです。理念とか何とかはいいから、金はどうなるのだということに関心が集中しているということが実際にあるわけです。

昭和26年に社会福祉事業法が制定され、昨年の6月7日、50年ぶりに社会福祉事業法が社会福祉法に生まれ変わりました。社会福祉事業法と社会福祉法のどこが違うかというと、「事業」が取れたということです。社会福祉事業法は事業者が主体だったということです。あくまでも戦後の恵まれないかわいそうな人たちが国が責任を持って救済しようということです。けれども国が出来ない範囲は社会福祉事業法等によって、いわゆる法人等に肩代わりしてもらおうという事業者主体の法律だったわけです。この「事業」が取れて利用者主体である社会福祉法になりました。ということは、社会福祉法に規定されている理念は180度意味が違うわけです。

これからの福祉の理念は、個人が人としての尊厳を持ってその人らしい自立した生活が送れるようにするということなのです。この尊厳とは非常に大きな意味を持っていて、この制度改革の一番大きな柱は、尊厳、誇りということなのです。今までの福祉は、例えば生活保護の適用を受ける等、福祉を利用するということは、お上の世話になることだから、痩せても枯れてもお上の世話にはならないと福祉を拒否して餓死したという人たちもいたのです。また、サービスを提供する側、福祉事務所などは、「面倒を見てやっている」という意識が常にあったわけです。利用する側が非常に尊厳を傷つけられスティグマを受けていました。そういうことでなく、あくまでももっと堂々と権利としてサービスが提供できるようにということなのです。もうひとつは、その人らしい自立した生活、それぞれのありのままにというノーマライゼーションの理念と合致するところです。一定の水準に達したら地域へということではなく、自立した生活を支えていこうという考え方なのです。この新しい理念のもとに支援費制度があるわけです。

措置制度から支援費支給方式へ

プリントの「措置制度の支援費支給方式への転換（概念図）」という図を見て頂きたいのですが、来年度までである措置制度、15年度以降の支援費支給制度はどことが違うのかを検討していきたいと思います。

一つは福祉サービスを利用する側は対象者、すなわち対象でありました。いわば恵まれないかわいそうな人たちというものであったのですけど、そう言う人たちを対象にして福祉の仕組みが作られていったわけです。ですから今までの入所施設は、かつては収容施設と呼ばれていました。捕虜収容所や難民収容所のように、本人の意思とは関係なく対象者について国の行政処分として収容所に収めて

しまうというようなイメージです。私は施設に勤めているときに、レポートを書くときも入所者のことを「対象者」と書くことが結構ありました。そう言う「対象者」から支援費支給方式では「利用者」、いわばサービスを買う主体的な存在として見ていくことになりました。それから今、対象者を措置する措置権者というのがあります。例えば児童相談所とか福祉事務所というのは措置権なのです。措置というのも処置するという形になっています。国が責任を持って実施したり、措置権者が責任を持って措置をするという権限をもっていました。今度はそれが市町村に移行することになります。これは、障害を持つ人たちが地域の中で過ごす為に、様々なサービスを提供するための市町村、支援する市町村と言うことであって、措置権があるわけではありません。端的に言えば、措置制度は行政が、支援費支給制度は利用者本人が決めるということが大きく違うわけです。

もう一つは、措置権者が自らやる場合もありますけども、とてもできないので受託事業者である社会福祉法人が行っているのですが、施設を決めてそこで面倒見て欲しい、一人面倒見てくれたらいくらお金を出すよという仕組みでした。今後は、私達事業者は指定事業者となります。こういう事業をしてもいいですか？という一般的な会社と同じようなものですが、都道府県から承認を受け、指定を受けて、事業をしてもいいという認可を受けます。そう言う意味ではこの関係が大きく変わってゆくのです。それでは措置というのはどういうサービスの仕組みかという、利用者から措置権者に相談があり、本人から施設を利用したいという希望や了解が無くても、一方的に施設に入れることができる。基本的には多くの場合に相談があったのですが、そういうこともできたということです。相談に基づいて行政の責任で対象者を措置する、身柄をあずかりましょう、面倒見ましょうという措置を行います。お金をもらって受託事業者は対象者にサービスを提供するのですけれども、点線になっている。サービスの内容は問わないのです。ですから対象者の方から矢印は無いのです。受託事業者の方に「サービスが悪いからなんとかしろ」というものはなく、一方的なもの、いわば対象者と受託事業者の直接的な関係は無いのです。あくまでも受託事業者というのは措置権者からあずかり、お金をもらっているという関係になるわけです。

今後は支援費支給方式となりますが、これまでとは大きく違い、まず、利用者は市町村に支援費の支給申請をすることになります。例えば入所施設、ホームヘルプ、デイサービスやショートステイを利用したいという支給申請を行います。市町村はそれを受けて、支給の決定をします。こういうサービスを使っていいですよということを受けて、指定事業者と利用者が契約をします。そのとき、かつては例えば措置権者である市町村が長沼陽風学園に入りなさいというようなことまで決めていたわけですね。そうではなく、施設を利用してもいいですよということを受けて、どこの施設を自由に利用してもいいわけです。10日間利用して、どうも長沼はサービスが悪いと言うことになると、11日目からは別の施設に移ることができます。それをいちいち福祉事務所・市町村に断る必要も無いのです。そういったなかで情報提供はすごく重要になってきます。要するに利用者が色々な事業者を選んで、サービスを買う、契約するということなのです。契約の時にはサービスの説明、パンフレットもきちり作らなければいけないということになっているのですが、そういったことに基づいて契約ができると、その契約の中身にこういうサービスを提供します、提供して欲しいという話し合いの場も作っていくわけですね。サービスは契約に基づいて提供されます。その期間は、施設・訓練所やグループホームは三年間。居宅、ホームヘルプ、ショートステイやデイサービスは一年契約です。再契約はで

きますが、一応はそう言う期限で契約をし、それに基づいてサービスを提供していきます。サービスを提供するとその中から利用者の負担が出てきます。例えば4月1日から施設等を利用したとします。そうするとサービスが終わった4月末に本人から利用料をもらいます。全額ではなく1～2割程度です。今度は本人が全額払いませんので、残りの支援費は翌月の5日くらいまでに市町村に請求する形になっています。

支援費制度は、お金の流れの面では、変わる部分もありますが、思ったよりは現実的には大きな変化がないとも言えます。地域生活支援やノーマライゼーションが柱になっており、実質的にはかいけつ太郎のような取り組みの中にお金が流れていくだろうと期待をしていたのですが、実際はそうではないようです。それは大きな問題なのですが、それでも理念だけは大きく変わったわけです。実際にお金の流れが変わらなければ、この制度改革が絵に描いた餅になるのではないのかという議論もありますが、理念が変わったのだからそれに基づいて、行政の下請けの仕事ではなく、自ら制度を作ってゆく、理念に基づいて事業内容を変えていくというふうに考えることができれば、そう言う意味では理念が変わるということは、お金の流れが変わるより大きな意味を持っていると言えるのかもしれません。

長時間、ご清聴ありがとうございました。

(於：北海道医療大学サテライトキャンパス 毎日札幌会館6F)

わが国の介護サービス供給体制における市場化の実態とその到達点

—準市場の視角から—

佐 橋 克 彦

1. 問題意識

わが国の介護保険制度は、高齢者を対象に措置制度によって提供されていた従来の介護サービスに関して、社会保険方式を用いて利用者と提供者の直接契約によるサービス提供の枠組みへと転換したものである。その理由には、措置制度では利用者の選択性の欠如、所得調査の実施に伴う心理的抵抗感、サービス内容の画一化がもたらされていること、また、老人医療との制度的整合性に欠ける点など、利用する立場やサービスの効率性の観点から問題点が指摘されたことによる¹。したがって、財政的には社会保険方式を、利用面では直接契約方式を採用して介護保険制度はスタートした。これを理論的に見れば、公的主体が何らかの形で市場を統制しつつ、基本的には購入者（利用者）と提供者が契約を通じた対面的な関係にある、いわゆる準市場(Quasi-market)の視角からの分析が可能である。

準市場の原理を要約するならば、国家の独占的なサービス供給体制を分散化し、民間事業者を含む多様なサービス供給主体による競争を通じて、利用者に対するサービスの応答性、選択性を確保し、サービス供給者には効率性の向上をもたらし、国家は価格統制などを中心とした各種規制を通じて公平性の担保を可能にするものである。

しかし、導入初年度に2000億円の黒字を計上しつつも、制度開始後約3年を経過した現在に至るまで、種々の課題が指摘されてきている。施設整備の遅れや、痴呆性老人のサービス利用契約に関して「家族やケアマネージャーが本人に代わって契約書にサインをしている」²ことがみられたり、訪問介護の報酬区分の簡素化が求められるなど、利用者負担における公平性の確保にも紆余曲折が予想される状況にある。つまり、介護サービスに関する準市場の形成が理論的に効率性や応答性、選択性の向上や公平性の確保といったメリットをもたらすとする一方で、それらが現実化しているとは必ずしも言い難い状態である。

そこで本論文では、介護サービスにおける準市場の形成の現状や実態をその理論枠組みと比較し、わが国における介護サービスの市場化に関する到達点を検討する。次節では準市場の原理を概観する。第3節では準市場の原理の枠組みに従い現状を把握し、介護サービスが多様な供給者のもとで提供されることをねらいとする市場化は、福祉サービスの一種としての介護サービスにどのような影響を与えているのかについて述べる。第4節では前節で明らかになったことから、原理的な枠組みからの現時点におけるその到達点を述べ、最終的に「保険」と「福祉」の二重構造の危険性を指摘する。

2. 分析の枠組—準市場の原理とは—

1980年代の英国の保守政権下において民営化が進行した。1988年から90年にかけて保健、教育、コミュニティケアといった公共サービスの供給体制において市場化がもたらされ、その結果、供給者と購入者を分離し、競争を通じてのサービス供給体制への転換が起こった³。

そこでは多様な供給主体を存在させて競争的市場を形成し、効率的なサービス供給が意図された。それと同時に消費者保護のための行政規制・介入を行ない、最終的な消費者とサービス提供者の間では金銭のやり取りがないか、あっても少額であるような体制に再構築した。このような供給体制は一般的市場とも非市場とも異なる「準市場」と位置づけられる⁴。

準市場の原理について研究したルグランとパートレット (Le Grand & Bartlett) によれば、その達成には以下の5つの「条件」の充足が必要であるという。

すなわち、第一に効率性と選択性の向上のために、新規参入策と退出防止策をあわせた競争的な市場構造への転換が必要とされることである。ただし、一般的な市場とは異なりその価格は行政によって設定される (管理価格)⁵。第二に競争によって生じる可能性があるサービス提供者のモラルハザードや逆選択の防止と、サービスの質の向上を図るために、費用と質に関する「情報」の開示が必要とされる⁶。第三に取引過程の複雑化に伴う不測の事態や処理の遅延・損害のコストの発生といった「不確実性」への対策として、保険制度の活用を含めた「取引費用」の準備をする必要があるという⁷。第四に市場の適切な機能維持のために、供給者は利潤を、購入者 (利用者) は福祉追求を、それぞれの動機として持つ必要があるという⁸。第五に低所得層のサービス利用からの排除 (クリームスキム) の防止を目的に、価格や契約に関しての配慮が必要とされる⁹。

上記の「条件」の充足によって、準市場の形成は以下の「達成目標」からその到達度の評価が可能となる。

第一はサービスの質や量を確保しつつ効率性を向上させるという「生産性効率」の達成である¹⁰。第二はニーズへの適切な対応が行われることになるという「応答性」の達成であり、これはサービスの質の一部として位置づけられる¹¹。第三には個人の権利としての「選択性」の達成である。中途でのサービスメニューや提供者の変更を意味する「退出口」¹²や、サービスの改善や発展に資する不服申立を意味する「声」¹³を活用することで、さらに効率性や応答性を向上させることも可能になるという¹⁴。そして最後に「公平性」の達成である。これは収入や地位とは無関係に、サービス供給の可否や水準がニーズによってのみ決定されることが必要であるという意味である¹⁵。

このように、準市場とは、低成長下における福祉官僚制の限界を克服すべく登場した一定の規制を伴う「市場」であり、その機能の有効性の維持には『公私両面への適切な誘引づけを伴った「契約」の適正化』が求められるとの指摘もある¹⁶。

次節では、準市場の原理の中核をなすこれらの「条件」「基準」の両面から、わが国における実態を述べ、供給体制の転換が及ぼしている影響を整理する。

3. わが国における介護サービス供給体制の市場化の実態

先述したように、準市場の形成については充足すべき「条件」と、判断すべき「基準」の両面から検討する必要がある。ここでは、第一に前者についてわが国における制度的特徴を述べ、第二に後者に関する具体的な現状を把握することでサービスの供給関係にどのような影響を与えているかを明ら

かにする。

(1) 「達成条件」からみたわが国の制度的実態

ここでは、準市場形成のために充足すべき諸条件から、その特徴を述べる¹⁷。

充足すべき条件の第一は市場構造の転換である。わが国の場合は英国とは異なり、利用者とサービスの購入者が一致している点に特徴がある。また、利用者とサービス提供者を媒介するものは公定価格であるいわゆる介護報酬単価で、減算・加算が講じられており、効率性と質へのインセンティブが認められる。さらに、多様な供給主体の参入に関しては、民間営利部門や非営利部門の参入の容認、基準該当サービスが認められ、参入促進策が比較的とられている一方で、退出は指定要件からの逸脱を基準におこなわれており、積極的にその防止策が講じられているとはいえない。

充足すべき条件の第二は、モラルハザードと逆選択の防止のための費用と質に関する情報開示のあり方である。まず、モラルハザードの防止に必要な情報開示は契約時の重要事項に関する書面の交付義務が提供者に課されているほか、苦情処理体制、権利擁護事業等が設けられている。また、提供者には応諾義務が課されており、逆選択の防止策が講じられている。

充足すべき条件の第三は取引費用への対応であるが、それを確保するためには公定価格である介護報酬単価と実際に要するコストとの差を拡大しなければ困難である。また、保険制度の活用による不測の事態への対応策は提供者に義務付けられていない。

充足すべき条件の第四は動機付けであるが、提供者側では、民間部門の新規参入者には利潤追求動機がみられる。その一方で、非営利事業者も登場しており、必ずしも総体として積極的な利潤追求型になっているとはいえない。さらに、購入者の福祉追求動機については利用者と購入者が被保険者という枠組みで一致しているため、理論的には自らの福祉追求が可能であるかのように見受けられる。しかし、介護支援専門員（ケアマネジャー）が中立的に機能しにくい。その結果、「囲い込み」や「抱合せ（セット）販売」にみられるように、購入者の意向が歪められる実態が指摘されている¹⁸。

充足すべき条件の最後にはクリームスキム（いいとこどり）の防止があげられる。介護保険制度は保険方式を活用することで、基本的に要介護・要支援と認定された利用者が、保険給付の対象となるサービスを利用すれば、その提供者には費用の9割が代理受領の形で保険から支払いを受けられる。さらに要介護度に応じた上限の設定は、介護に要する「手間」と費用とに相関関係を持たせているため、重度者の排除といったクリームスキムの恐れは少ない。しかし、施設入所者の場合、介護給付適用外の食事・理美容費などのホテルコストが課せられるため、結果として提供者から選別される恐れがある。

(2) 「達成基準」から見たわが国の実態

以下から、準市場化の達成度を判断する諸基準について、ポイントを踏まえながらわが国の現状を整理する。

達成基準の第一は効率性の観点である。準市場の理論における「効率性」は、質の維持とコストの抑制を両立する「生産性効率」を意味している。そこで把握されるべきこととして、①サービスの質に関する実態、②サービスの量に関する実態、③サービス費用の変化、という点が挙げられる。厚生労働省によれば、サービスの質は、運営等に関する基準の設定、事業者への指導監査、身体拘束の廃止、「チェックリスト」の作成などを通じて確保されるとするが¹⁹、その中でも特に「チェックリスト」の内容は次のようなものが想定されている。すなわち、利用者に対して説明されるべき項目とし

て、重要事項説明書の内容、料金の支払い方法や金額、苦情対応・事故処理の体制、契約内容の遵守、ケアマネジャーを含む職員の応対や技術、人員基準といった項目であり、それらに関して利用者はチェックを行うものとされる²⁰。これらからサービスの質に関する現状の把握には、契約時における実態、直接援助活動における実態、そして、苦情処理や事故解決に関する実態、の3つの角度から整理することが必要となろう。

まず契約時における実態には、「希望していないサービスがケアプランに組み込まれていた」、「ショートステイを取りやめたらキャンセル料をとられた」²¹などの事例が導入当初より相次いだり、全国8箇所の特別養護老人ホームを対象にした、あるNPO法人の調査によれば、重要事項説明書にサービスを行なう職員の業務内容が殆どの施設で明記されておらず、損害補償責任に関しても半数以上の施設で触れられていなかったり、さらにレクレーションに関わる費用をすべての施設で「実費」と表現するなどの問題点が見られたという²²。

また、直接援助活動における実態に関しては、平成13年版『厚生労働白書』が86%の利用者はサービスの利用に満足であるとの調査結果を提示する²³一方で、次のようなトラブルが生じたとの事例も散見される。例えば、訪問介護では、ホームヘルパーの資質や派遣方法、時間や援助の範囲、あるいはケアマネジャーとの連携不足が指摘されており、介護保険制度開始以前からの利用者はサービスの質の低下が見られると述べている²⁴。中には、家族介護者に対して「説教・指導」を行なったホームヘルパーの事例²⁵もあるなど、訪問してくる職員の態度が悪いとの声も聞かれるという²⁶。

さらに、苦情処理に関する実態では、2001年において全国で398件にとどまり（うち3県は2件しかない）、処理の窓口のひとつである国民健康保険団体連合会（国保連）の中には「苦情の無いのはいいこと」と勘違いしている例もあり、その公表も多くの都道府県で進んでいないようである²⁷。

次にサービス量の増加についてみてみよう。サービス量といった場合、ひとつには定員数や事業者数の増減、今ひとつにはメニュー別の量の増減という観点からの把握が必要である²⁸。

まず、施設系サービスにおける定員数の増減を見ると、1999年と2002年では特別養護老人ホームでは16%の伸びが、介護老人保健施設では23%の伸びが見られる。一方、在宅系のサービス事業者数を見ると、訪問介護事業者は73%の増、通所介護事業者では87%の増、居宅介護支援では24%の増、また、痴呆対応型共同生活介護（以下、痴呆性老人グループホームとする）は3.3倍の伸びを見せている。

また、メニュー別の量で見てみると、1999年度平均と2002年4月現在で比較した場合、訪問介護の回数は2.3倍の伸びを、通所介護の回数では1.83倍の伸びを示している。このように、サービス量で見た場合、施設系サービスに比較して在宅系サービスでの整備が進んでいることが一目瞭然である。実際、厚生労働省が2002年6月現在で集計した「介護サービス量等の見込み」では、第二期介護保険事業計画期間（2003年～2007年）における各市町村の見込み分について居宅サービスでは32%の伸びを、施設系で10%の伸びを想定していることを明らかにしており²⁹、今後もこの傾向はいっそう拡大していくように思われる。

最後に費用の変化である。1996年時点の高齢者介護費用額の推計では、2000年度に4.1兆円から4.8兆円の間としているが³⁰、2000年4月から2001年2月の介護サービス費支払い実績を見ると、在宅系には1.1兆円が、施設系には2.1兆円の合計3.2兆円が支払われている³¹。この推計と実績値の乖離の原因は、2002年5月の集計においても平均で42.0%³²という支給限度額に対する利用割合の低さがそ

の背景にあるものと考えられる。

達成基準の第二は応答性の観点である。ニーズの種類や程度を判断基準としてサービスを提供する準市場の枠組みにおいて、この観点はきわめて重要である。福祉官僚制下での弊害であったサービスの硬直性や画一性を克服するために市場化が図られたのであるが、市場化のメリットとしてしばしば強調される供給者の創意工夫は見られるのだろうか。また、それによって応答性は向上しているのだろうか。そこで検討されるべきこととして、第一にサービスの種類に関する多様性は見られるか、第二に利用者の必要とするサービスが利用できているか、第三にニーズに関する判断基準は適切かつ妥当なものであるかどうか、といった点から整理してみよう。

まず、サービスの種類の多様化についてみてみよう。介護保険制度開始以前と以後の種類を比較すると、痴呆性老人グループホームが法定サービスとして位置づけられた。これによって痴呆性老人グループホームは、2000年11月現在で870箇所と制度開始以前と比較して3倍以上の伸びを見せた。しかし、「ゴールドプラン21」においては2004年度には3200箇所の設置が目標となっており、それが達成できるかどうかは現在では微妙な情勢にあるといわねばならない。また、ケアプラン作成義務化に伴う「計画費」、保険方式の導入に伴う「高額介護サービス費」の設定といった、利用者補助が見られる。さらに、介護保険法62条には「市町村特別給付」が、同じく175条には「保健福祉事業」が規定されており、市町村の独自性を打ち出すことが可能になっている。

次に利用者の必要とするサービスが利用できている状況にあるかどうかについてみてみよう。サービス量の問題や利用抑制に関しては既に述べたので、ここでは資源の偏在の実態について整理する。

介護保険制度では民間事業者の参入によって効率のよいサービス供給体制の構築が念頭に置かれている。しかし、制度開始後には、訪問看護の報酬単価が訪問介護などと比べて高く設定されていたにもかかわらず、訪問看護事業所では高齢者10万人当りの事業所数が全国平均で17箇所なのに対して、5000人～1万人未満の人口の市町村においては平均12箇所、さらに5000人未満の市町村では平均6箇所という状態であったという³³。また、制度開始後まもなく拠点の多くを閉鎖した、ある大手介護事業者は「統廃合対象は顧客が2人以下の拠点。利用者確保が予想以上に難しかった」としている³⁴。さらに道内のある町では社会福祉協議会に委託している訪問介護事業の採算がとれず、事業を民間事業者を引き継いだという例³⁵もある。見方によっては相反するこれらのケースが存在しているのは非常に興味深いことだが、利用者数の多寡が資源の不安定化や偏在を招いていることは間違いないであろう。さらに、施設系サービスにおいては小規模特養の不安がささやかれている。介護保険制度下での特別養護老人ホームの経営基盤の安定の目安には定員が80名前後とされるが、小規模特養では経営努力が収益改善につながりにくく、当該地域に1箇所しかないような過疎地域での施設の経営が悪化した時の影響が懸念されている³⁶。

最後にニーズに関する判断のあり方について現状を見てみよう。そのひとつには公的介護保険制度ではニーズの判断が要介護認定によってなされる点である。これは心身の状態にのみ着目する基準であり、第一段階は認定調査員による訪問調査、第2段階はコンピューターによる一次判定と介護認定審査会による二次判定からなっている。訪問調査においては高齢者の特性から『本人は何でも「できる」といい、同席する家族は「できない」という傾向がみられる³⁷。また、第二段階の判定作業ではコンピューターソフトの不具合もさることながら³⁸、二次判定は「認識を共有化」³⁹するために実施されるので、平均審議時間は1ケース当たり4分足らずとなっている⁴⁰。実際、2002年6月実施の

「要介護認定事務に係わる現況調査結果」では、月間の平均審査件数が47.6件、1回あたりの平均審査件数は28.8回であり、短時間での二次判定であることが裏付けられよう。さらに、審査委員の内訳は医師や歯科医師、看護師などの医療関連専門職が全体の約6割を占めているのに対して、社会福祉士や介護福祉士などの福祉系専門職の占める比率はわずか10%にとどまるなど、偏りが見られる⁴¹。

もうひとつには、サービスを利用するときの制限事項から、ニーズがどのように判断されているか見る必要がある。ホームヘルプサービスにおいて家事援助の範囲内に含まれない、いわゆる「不適正事例」としてあげられている行為⁴²には、『「直接本人の援助」に該当しない行為』として利用者以外の者に係わる家事、利用者以外が使用する居室等の掃除、来客の応接などが、『「日常生活の援助」に該当しない行為』として、草むしりや水やり、ペットの世話などが、『「日常的に行なわれる家事の範囲を超える行為』として家具等の移動や模様替え、大掃除や窓ガラス磨き、正月や節句等のために特別な手間をかけて行なう調理などが、それぞれ位置づけられており、「本人に対する介護」が主眼に据えられている。

達成基準の第三は選択性の観点である。質に関する情報は利用者が自ら収集するというのが介護保険制度において求められているが、「WAM NET」によるインターネット上での情報公開や第三者評価は軌道に乗りつつある状態で、それらの積極的な開示・流通は緒に就いたばかりであるといえよう。また、サービスの種類に関する選択は利用者自らがケアプランを立案しようとししない限りは、ケアマネージャーが主導的に立案することになる。

さらに、提供者にかかわる選択については、指定基準や保険請求に関する違反があった場合の指定取り消しによって、市場から排除されるが、それはあくまでも最低線をクリアしなかったものに対するペナルティである。つまり、外形的な指定基準や保険請求に欺瞞がなければ提供者であり続け、事業者間のサービスの質に関するばらつきは存在し続ける。そこで、供給者が多く存在する地域ならば、その提供するサービスの質を比較しての選択は理論的には可能になるが、過疎地域や小規模市町村などでは提供者が参入しにくいと、質の比較は困難となる。

達成基準の最後は公平性である。低所得者対策を中心として、サービスがニーズの種類・程度だけで判断され、購買力や地位で差別されていないかどうかを整理する。そこで、①低所得者層がサービスを利用できているか、②行政は公平性を担保できるような取り組みを事業者に課しているかどうか、について検討する。

まず、低所得層のサービス利用に関する実態である。介護保険制度では保険料と、利用料の減免制度が存在する。保険料の減免は前年所得に基づいた5段階の段階別保険料額によってなされている。住民税非課税世帯（者）については基準額の0.5倍～1倍の保険料を、住民税が課税されている者については基準額の1.25倍～1.5倍の保険料の徴収が基本である。しかし、これは徴収額の違いこそあれ、無収入・無年金でも徴収することを意味しており⁴³、高齢福祉年金の受給者であっても「(そもそもその程度では生活ができないはずなので)誰かに扶養されているはずであり、保険料も扶養者に払ってもらえばよい」という厚生労働省の論理があるという⁴⁴。その結果、「第1号被保険者本人に収入がなく、非課税であっても同居する子にわずかばかりの収入があり、市民税が課税されていれば」、「基準額相当の保険料が徴収される」ことになるのである⁴⁵。あるいは、「天引きされたら灯油を買えない。凍死か餓死かの二者択一」を迫られているとの声もある⁴⁶。そこで保険者である市町村はこのような状況に対応すべく、2002年4月現在で431市町村が独自の減免策を打ちだしている。

このような市町村の動きに対し、厚生労働省は「減免三原則」⁴⁷で対抗するものの、三原則の遵守率は上記市町村のうち、72.9%にとどまっている⁴⁸。

次に利用料の減免についてみてみよう。介護保険制度では「高額介護サービス費」の支給と、食事代標準負担額について低所得者への配慮がされている。高額介護サービス費は所得段階に応じて利用料負担の上限を設定し、過度の負担を回避しようとするものである。その実務的なポイントとして、第一に領収証の添付、第二に負担限度額を決定するための本人申告を原則とする所得把握、第三に給付制限の有無の確認、第四に申請の2～3ヵ月後の支給、の4点が挙げられる⁴⁹。また、食事代標準負担額については「所得その他を斟酌して」決定されることとなっているものの、「介護保険標準負担額認定証」を利用者に交付し、提供者に提示することが必要であり⁵⁰、いずれにおいても手続きが煩雑である。

最後に公平性の確保の方法についてみてみよう。介護保険制度における公平性の確保には2つの方向性があるように思われる。すなわち、第一は低所得であっても保険料や利用料の納付が求められるとする方向性（負担の公平性）であり、第二は実際に利用に当たっての公平性、すなわち利用順位に関わる公平性である。施設系サービスの基盤整備が利用者増に追いつかない中、「かけもち」で複数の施設に入所申し込みをしている事例が多く見受けられた。これに対処するため、2002年8月7日に厚生労働省は老健局計画課長名で指定介護老人福祉施設の入所に関する「指針の作成・公表に関する留意事項」を都道府県介護保険主管部（局）長宛に通知した（老計発第0807004号）。通知における留意事項として、「指針」は関係自治体と関係団体が協議し、共同で作成すること、入所の必要性の判断基準は要介護度、家族状況や居宅介護サービスの利用状況などを基にして作成すること、地域代表や第三者委員を含めた関係職員で構成される委員会を設けること、指針の内容を希望者に説明すること、が述べられている。これはニーズのみに着目してサービスを提供するという意味での公平性を確保するための取り組みであり、一定の評価は可能であるといえよう。

4. 介護サービス供給体制の市場化の到達点

前節までで見てきたように、準市場の原理に基づくわが国介護サービスの供給体制の変化は様々な状況を生み出している。ここでは、特に「達成目標」に関するわが国における到達点を整理する。

第一に効率性の観点からは、契約時にはサービス提供者の説明不足が散見され、利用時には在宅系サービスでトラブルが多発する一方で苦情申し立てが少ないことから、利用者の消費者としての位置づけも未成熟である。さらに、サービス量は在宅系に極端な増加が見られるだけでなく、そのサービスの質の向上は乏しい。さらに費用面では訪問介護サービスの提供において散見される「直行直帰方式」⁵¹に代表されるような事業者における効率性の追求だけではなく、利用者が負担感から利用を控えることによって生じた費用の削減が総体としてのコスト削減の両輪となっていると位置づけることができ、質の向上とコスト削減という生産性効率の概念とは異なることが確認できた。

第二に応答性の観点からは、法定化されたサービスメニューは以前と比較しても大きな変化は見られず、多様性を打ち出すには市町村における特別給付や保健福祉事業といった独自の事業が期待されている。しかし、それらは、あくまでも「できる」規定である。介護サービスの利用拡大が自治体財政を圧迫し、2001年度では赤字の自治体が前年比5倍の390市町村になっている現状⁵²からすれば、メニューの多様化は当分見込めないであろう。さらに民間事業者の参入を一律的に容認することに

よって資源の不安定化や偏在を産み出し、結果として競争を起こす条件を欠落させている。しかも万が一、それらの事業者が撤退すれば、「被保険者」であるにもかかわらず、その権利を行使できない可能性がある。また、ニーズの判定はシステムとしては数段階を経てされることになっているものの、その時間的短さや、審査会の構成メンバーの職種の偏りがみられ、実質的には機能しにくくなっている。加えて介護保険制度では、あくまでも介護サービスは「介護」ニーズに限定して提供されるものであるとの認識がある。したがって、ホームヘルプサービスにおける不適正事例に見られるような、介護が必要になった状態からの派生的ニーズは、保険給付として不適当であると位置づけられ、きわめて狭小化された「ニーズ」解釈であるといわざるを得ない。

このようにサービスの多様性に関しては「できる」規定に代表されるような不確実性がつきまとうこと、必要時のサービスの利用は資源の偏在状況から必ずしも保障されていないこと、また、ニーズの判断は現在の要介護認定の仕組みでは実効性のあるものにはなり得ていないこと、またニーズのそのものの狭小化が見られるといった点から総合的に考えて、以前の措置制度下におけるサービス供給体制と比較して、明確に応答性が向上したとはいえない。

第三に選択性の観点からは、利用者の選択に関しては、情報開示・流通について一定の評価が可能であるが、中立性が担保されていないわが国のケアマネージャーは、利用者の意向よりも自らが属する機関・施設の利益を優先すべくセット販売などを行ってしまう可能性を排除できない。因みに介護支援専門員の現任研修事業のカリキュラム（案）においては、ニーズ把握に必要なかつ最も基礎的と思われる「対人援助技術演習」は選択科目として位置づけられているだけであり⁵³、一方的なサービスの押し付けに陥る可能性も考えられる。ケアマネージャーがこのような位置づけに留まる限り、利用者が自らの希望を主張する能力やパーソナリティを持たず、自発的に要望を伝えられなければ、利用者が必要なサービスを選択することは困難になることが予想される。また、提供者に対する選択性は当該地域における参入・退出の度合いに影響されることから、地域間格差をもたらしており、必ずしも保障されていない。なお、民間事業者は新聞広告などで「お客様の負担額」や利用人数を掲載しており⁵⁴、低料金と実績を強調し、サービスの質や理念には殆ど触れられていないのが現状である。したがって、利用者の多くは広告に記載されるイメージをもとに提供者を選択することになり、このようなイメージ先行型の選択は適正な契約に結びつかない可能性がある。今後は介護サービスの特殊性に鑑み、広告に記載すべき事項、記載してはいけない事項の両方について明確かつ厳格な規定を設けることが利用者の適切な選択に資することになる。

これらのことから総合的に考えると、サービス内容の選択は制度導入以前よりは可能になったが、あくまでも可能性のレベルに留まっていること、またサービス提供者の選択は地域間格差が大きいことから、利用者の普遍的な選択性は向上したとはいえない。つまり、不均衡な選択性の向上が見られるのである。

最後に公平性の観点である。わが国の介護保険制度における公平性は、程度の差こそあれ、被保険者には負担をする（あるいはさせる）という「行為」において強権的に「公平」性を保とうとする特徴が見られる。保険料に関する低所得者に対する負担の軽減策はあるが、逆進性が高く⁵⁵、結果として市町村は独自に減免策を講じ、「市町村の反乱」とでもいうべき事態を招いている。社会保険制度の特徴である反対給付を受けるためには保険料の納付が原則として必要になるが、この減免策は未納者の防止とサービス受給権の確保を両立させる苦肉の策であり、今後不安が残る。さらに、利用料

の減免については手続きが煩雑なだけでなく、所得申告や認定証の提示による恥辱感、支給までに長期間を要するなど、ハードルが多すぎるように思われる。また、利用時点における公平性については、入所指針の策定に関して一定の評価はできようが、保険者としての市町村とサービス提供者での協議に委ねるというスタンスになっており、規制主体としての国の役割の後退が観察される。

したがって、わが国の公的介護保険制度における公平性は、費用負担行為そのものの公平性が強調される一方で、実際のサービス利用に際しての公平性は当事者の「自治」に委ねられているという点で、曖昧化されている状態にあるといえよう。

5. おわりに

今まで見てきたように、準市場の原理を活用したわが国における介護サービス供給体制の再構築は、現段階の到達点として不完全なものに留まっているだけでなく、準市場の原理が志向する諸目標とは異なる方向性にあることが確認された。わが国における介護サービス供給体制の再構築が狙いとしているものは、それによって利益を受けると予想される階層を考えてみれば自明である。

効率性の観点からはコストの削減が第一義的に指向され、社会福祉の一翼を担うためのものではなく、社会に「活力」をもたらす介護ビジネスとしての位置づけが重視されている。応答性の観点からは、「介護」そのものに特化することによって、派生的なニーズには自己責任で対応することが求められており、それが可能なのは富裕層かインフォーマルな援助者がいる者に限定される。その一方で「派生的ニーズ」として位置づけられる生活上の困難は独居高齢者を中心として制限的に作用し、普遍的な応答性にはなっていない。選択性の観点からは、居住している地域や情報量の差から、サービスが利用できるにしても相対的に低水準のサービスに甘んぜざるを得ない利用者の出現が懸念されるのである。都会に住む豊かな高齢者はパソコンに向い、情報を検索する光景の陰で、「ありがたいことだ」と不満を漏らさずサービスを利用する高齢者がいることは、不満はあるが苦情申し立て件数は少ないという実態から想像に難くない。公平性に関しても逆進性の問題が放置されたままである。市場の「チカラ」は、万人に活力を与えるものではない。むしろ、活力を得るものとそうでないものとに選別していく過程が見え隠れするのである。介護保険制度が費用支払いシステムとして機能し、介護サービスの直接的提供が社会福祉のひとつとして位置づけられるならば⁵⁶、ゲート・キーパーとしての介護保険制度が機能不全を起こせば、介護サービスという社会福祉サービスが保障されなくなるという危険な事態を引き起こすことになろう。歳をとっても安心して住み慣れた地域や家で暮らすという理念がキャッチフレーズに終わらず、国民に現実的普遍的に保障されるための取組が今後求められている。

注

1 富士総合研究所編『実務者必携介護保険制度のすべて』じほう、2001、5頁。

2 「介護保険3年目の課題」日本経済新聞朝刊、2002年3月23日付。

3 Bartlett, Propper, Wilson & LeGrand, Quasi-Markets in the Welfare state; the Emerging Findings, SAUS, Bristol, 1994, p1.

4 同上頁。

- 5 LeGrand & Bartlett, Quasi-Markets and Social Policy. Macmillan, UK, 1993, pp18-24.
- 6 op.cit., p25.
- 7 op.cit., p30.
- 8 op.cit., p31.
- 9 op.cit., pp32-33.
- 10 op.cit., p14-15 .
- 11 op.cit., p16.
- 12 Bartlett, Propper, Wilson & LeGrand. p176 .
- 13 同上頁.
- 14 LeGrand & Bartlett, p18 .
- 15 op.cit., pp18-19 .
- 16 宮澤健一「新しい世紀の社会保障・社会福祉を考える」『生活と福祉』538、全国社会福祉協議会、4頁.
- 17 佐橋克彦「わが国の介護サービスにおける準市場の形成と特異性」『社会福祉学』42-2、日本社会福祉学会、2002年、142-144頁.
- 18 沖野達也『介護事業の「誤解」と「鉄則」』中央法規、2001年、6-12頁.
- 19 平成13年版『厚生労働白書』、291頁.
- 20 『より良い訪問介護事業者を選ぶためのチェック項目例（案）』、「介護保険サービス選択のための評価のあり方に関する検討会」資料、2002年8月.
- 21 健康保険組合連合会編『2001年版社会保障年鑑』東洋経済新報社、2001年、79頁.
- 22 日本経済新聞、2002年8月15日付.
- 23 平成13年版『厚生労働白書』、289頁.
- 24 日本社会保障法学会編『講座社会保障法第4巻医療保障法・介護保障法』法律文化社、2001年、177-178頁.
- 25 沖野達也、前掲書、8頁.
- 26 健康保険組合連合会、前掲書、79頁.
- 27 日本経済新聞、2002年7月14日付.
- 28 厚生統計協会『2002年版国民の福祉の動向』ならびに各年版『厚生（労働）白書』を参考.
- 29 厚生労働省老健局「全国介護保険担当課長会議参考資料」、2002年9月4日.
- 30 平成8年版『厚生白書』、132頁.
- 31 平成13年版『厚生労働白書』、288頁.
- 32 厚生労働省老健局、前掲資料.
- 33 日本経済新聞、2000年6月6日付。厚生省による訪問看護統計調査を扱った記事である.
- 34 日本経済新聞、2000年6月22日付。実際、道内の在宅サービスの利用者が70人程度のある村では半年で民間事業者が撤退した例も報告されている。日本経済新聞、2000年11月22日付.
- 35 日本経済新聞、2000年10月21日付.
- 36 日本経済新聞、2000年11月23日付.
- 37 「ゆたかなくらし」編集部編『介護保険を告発する』萌文社、2001年、115頁.

- 38 痴呆性高齢者の要介護度が低く判定されてしまうという指摘があり、技術的な検討を行なっている。平成13年版『厚生労働白書』、291頁。
- 39 「ゆたかな暮らし」編集部編、前掲書、119頁。
- 40 鍋谷州晴「介護保険施行1年の現実と理論の検証」『総合社会福祉研究』18、2001年3月、総合社会福祉研究所、93頁。
- 41 厚生労働省老健局、前掲資料。
- 42 介護保険事業運営点検の手引き編集委員会『介護保険事業運営点検の手引き』中央法規、2001年、40－41頁。
- 43 鍋谷州春、前掲論文。
- 44 日本社会保障法学会編、前掲書、157頁。
- 45 同上頁。
- 46 鍋谷州春、前掲論文。
- 47 減免三原則とは、①全額免除はしない、②収入のみに着目した一律の減免はしない、③一般財源からの繰り入れはしない、の三点であり、厚生労働省は市町村に対し遵守を求めている。
- 48 厚生労働省老健局、前掲資料。
- 49 富士総合研究所編、前掲書、152頁。
- 50 同上書、156－157頁。
- 51 直行直帰方式は「仕事の効率を高め、コスト削減につながるような工夫」とされる。日本経済新聞、2002年9月22日付。
- 52 日本経済新聞、2002年7月22日付。
- 53 「介護支援専門員の支援等による介護サービスの質の向上について」厚生労働省老健局、前掲資料。
- 54 介護保険制度開始直後には紙面の3分の1を占めるような大々的な広告が打たれた。ある事業者の広告掲載中の写真は全6枚。そのうち、利用者の姿が写っているのは2枚だけであるのも象徴的である。日本経済新聞、2000年8月3日付。
- 55 鍋谷州春、前掲論文、91頁。
- 56 磯野有秀「介護は社会福祉サービス、保険はその費用支払いシステム」『総合社会福祉研究』15、総合社会福祉研究所、1999年、97－104頁。

定年退職者の健康状況・健康管理状況の特徴

佐藤 秀 紀*
佐藤 秀 一*
山下 弘 二*
福 渡 靖**

I. 緒言

わが国は1980年代に展開した「第一次国民健康づくり対策」、1990年代の「第二次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）」を受け継ぎ、2000年から10年計画で「二一世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」をスタートさせている。この運動は、病気の早期発見や治療にとどまることなく、健康を増進し発病を予防する「一次予防」に重点を置いた施策を強力に推進し、国民の健康寿命の延伸及び生活の質の向上を図ろうとするものである¹⁾。高齢化社会にあっては、中高年者が健康を保ち、できるだけ長期にわたり日常生活を送ること、また地域などの生活の場において、つながりを持ち続けることは誰しもが望んでいるところである²⁾。したがって、退職前から社会との関わりを高め、地域活動に参加し地域とのコミュニケーションを図るなどの社会的な健康が求められている³⁾。このように、中高年者の生活行動における自立を励まし支えていくためには、健康保持が重要であることは多くの知見が一致するところである⁴⁻⁹⁾。そのためにも、彼ら一人ひとりがもっている健康状況および健康管理状況の特徴をとらえ直し、健やかに老いることへの総合的な対策に結びつけていくことが急務になっている¹⁰⁾。

そこで、本研究においては、「定年退職者の健康状況および健康管理状況は、性別と年齢によって差異がある」との基礎的な仮説のもとに、55～70歳で企業退職後3年以内の退職者を対象に、彼らの健康状況および健康管理状況に着目し、個人の基本的属性との関連性について検討することを目的とした。

II. 方法

調査地域は、北海道、関東、北陸、関西、中国、九州、沖縄の7地区とし、総計11企業を調査対象として選定した。調査は、企業に勤務していた55歳以上の定年退職者とした。対象者の抽出は、企業の健康管理担当者および人事労務担当者と調整し、退職後3年以内の1,200名を選定し、本人に確認の上、調査票を送付した。回収に際しては、被調査者の匿名性やプライバシーを保証するために、あらかじめ調査用紙に添付した封筒に本人が封入して提出してもらった。なお、配布した調査票への記載は本人に依頼した。

所属 * 青森県立保健大学健康科学部

** NPO ヘルスプロモーション・フロンティア

調査項目のうち、個人の属性に関しては、性別、年齢、現在の収入を得ているもの、退職の時期、現在の就業状況、就業している者の就業形態、就業していない者の今後の就業意向、家族構成、同居者の要介護者の有無、退職後の転居の有無、転居時期（年前）を把握した。

定年退職者の健康状況・健康管理に関しては、1）健康状態（通院または入院の有無、健康診断で異常や要治療と指摘されたことの有無、健康度自己評価）、2）日常の状況（日常の健康状況、抑うつ症状）、3）保健意識について調査した。

- 1）健康状態のうち、通院または入院の有無は疾病別に14項目について回答を求めた。健康診断で異常や要治療と指摘されたことの有無は、「有り」「無し」と2件法で求めた。また、健康度自己評価は「健康でない」「あまり健康でない」「まあ健康」「非常に健康」の4カテゴリーとした。なお、これら調査内容のうち、健康度自己評価に関しては、芳賀ら¹¹⁾の基準に従って測定した。
- 2）日常の状況のうち、日常の健康状況は最近気になることや自身の気持ちに近い答えを14項目¹²⁾について求めた。また、抑うつ症状については日本版高齢者うつスケール「GDS (Geriatric Depression Scale)」短縮版¹³⁾で把握した。
- 3）保健意識は、普段から自分の健康に気をつけているか、健康に気をつけていない理由、今後もっと健康に気をつけたいか、今後健康についてどうしたいかの4項目とした。

分析方法は、各調査項目の記述統計に加えて、退職者の健康状況・健康管理状況等の各項目と性および年齢との関係を χ^2 検定を用いて分析した。このとき年齢は「55～64歳」「65～70歳」の2カテゴリーに分類した。なお、調査対象者1,200名のうちの70.3%にあたる844名より回答が得られた。

Ⅲ. 結果

1. 定年退職者の基本的属性の分布

定年退職者の基本的属性は表1に示した。

表1 集計対象の属性分析

属性		分布
性別 (N=844)	男性	745名 (88.3%)
	女性	99名 (11.7%)
年齢 (N=844)	平均値	61.7
	標準偏差	2.61
現在の収入 (N=842) (複数回答)	年金	561名 (66.6%)
	給付	203名 (24.1%)
	生命保険（年金保険など）	34名 (4.0%)
	失業保険	323名 (38.4%)
	その他	88名 (10.6%)
退職の時期 (N=838)	定年後に嘱託などで勤務後退職	256名 (30.5%)
	定年退職	481名 (57.3%)
	定年前退職	85名 (10.1%)
	その他	17名 (2.0%)
現在の就業状況 (N=844)	現在仕事をしている	240名 (28.4%)
	現在仕事をしていない	604名 (71.6%)
仕事をしている 者の就業形態 (N=238)	正規社員	40名 (16.8%)
	役員	23名 (9.7%)
	嘱託・顧問	65名 (27.3%)
	自営・自由業	14名 (5.9%)
	内職	2名 (0.8%)
	その他	94名 (39.5%)
仕事をしていない 者の今後の就業意向 (N=595)	今後する予定である	57名 (9.6%)
	今後したいと思っている	272名 (45.7%)
	今後もしない	158名 (26.6%)
	わからない	108名 (18.2%)
家族構成 (N=841)	ひとり暮らし世帯	33名 (3.9%)
	夫婦世帯	395名 (47.0%)
	夫婦以外の家族と同居	413名 (49.1%)
同居者の要介護者の 有無 (N=795)	有り	88名 (11.1%)
	無し	707名 (88.9%)
退職後の転居の有無 (N=825)	有り	32名 (3.9%)
	無し	793名 (96.1%)
転居時期（年前） (N= 30)	平均値	1.38
	標準偏差	1.63

性別構成(N=844)は、男性が88.3%、女性が11.7%であった。年齢(N=844)は、平均が61.7歳、標準偏差が2.61であった。男女別では、男性が61.8歳(標準偏差:2.56)、女性が60.7歳(標準偏差:2.74)であった。年齢別(N=844)にみると、「55～64歳」が84.2%、「65～70歳」が15.8%となっていた。現在の収入を得ているものとして、「年金」(N=842)が66.6%、給与(N=842)が24.1%、「生命保険(年金保険など)」(N=842)が4.0%「失業保険」(N=842)が38.4%、「その他」(N=842)が10.6%となっていた。退職の時期(N=839)は、「定年後に嘱託などで勤務後退職」が30.5%、「定年退職」が57.3%、「定年前退職」が10.1%、「その他」が2.0%であった。現在の就業状況(N=844)は、「現在仕事をしている」が28.4%、「現在仕事をしていない」が71.6%であった。就業している者の就業形態(N=238)は、「正規社員」が16.8%、「役員」が9.7%、「嘱託・顧問」が27.3%、「自営・自由業」が5.9%、「内職」が0.8%、「その他」が39.5%となっていた。就業していない者の今後の就業意向(N=595)は、「今後する予定である」が9.6%、「今後したいと思っている」が45.7%、「今後もしない」が26.6%、「わからない」が18.2%であった。家族構成(N=841)は、「ひとり暮らし世帯」が3.9%、「夫婦世帯」が47.0%、「夫婦以外の家族と同居」が49.1%であった。同居者の要介護者の有無(N=795)は、「有り」が11.1%に対し、「無し」が88.9%であった。退職後の転居の有無(N=825)は、「有り」が3.9%に対し、「無し」が96.1%、転居時期(年前)の平均は1.38年、標準偏差が1.63であった。

2. 退職者の健康状況・健康管理状況等の項目に関する分布状況

1) 健康状態のうち、通院または入院の有無(N=822)は、「なし」497人(39.5%)が最も多く、次いで、「高血圧」165人(20.1%)、「膝・腰痛」101人(12.3%)、「糖尿病」64人(7.8%)、「心臓病」47人(5.7%)、「胃—十二指腸潰瘍」46人(5.6%)、「消化器系疾患」45人(5.5%)、「外傷」20人(2.4%)、「肝臓病」19人(2.3%)、「腎臓病」14人(1.7%)、「貧血」5人(0.6%)、「脳卒中」4人(0.5%)、「結核—肋膜炎」0人(0.0%)の順となっていた。なお、「その他」は162人(19.7%)であった。健康診断で異常や要治療と指摘されたことの有無(N=810)は、「有り」が286人(35.3%)、「無し」が524人(64.7%)であった。また、健康度自己評価(N=837)は、「健康でない」11人(1.3%)、「あまり健康でない」83人(9.9%)、「まあ健康」643人(76.8%)、「非常に健康」100人(11.9%)であった。

2) 日常の状況のうち、最近気になることや自身の気持ちに近い答え(N=821)は、「はい」と回答する者の割合に着目するなら、「健康のことで気になることがある」(53.9%)、「肩や首筋がこる」(42.2%)、「疲れやすい」(39.6%)、「背中・腰や膝が痛む」(39.2%)、「寝つきが悪い、眠りが浅い」(25.5%)、「前日の疲れが朝まで残る」(25.0%)、「ストレスを感じる」(22.0%)、「物事に集中できない」(18.6%)、「胃の具合が悪い」(16.6%)、「動悸、息切れがする」(15.3%)、「さびしいと感じる」(13.2%)、「体重が減っている」(12.8%)、「めまいがする」(10.2%)、「頭が痛かったり病んだりする」(9.3%)の順となっていた。

抑うつ症状について(N=826)は、「はい」と回答する者の割合に着目するなら、「たいていは機嫌よく過ごすことが多い」(90.9%)、「多くの場合は自分は幸福だと思う」(90.3%)、

「いま生きていることが素晴らしいと思う」(89.3%)、「毎日の生活に満足している」(79.1%)、「自分が活力にあふれていると思う」(57.9%)、「将来への漠然とした不安にかられることがある」(49.9%)、「なによりもまず、物忘れが気になる」(34.3%)、「自分が無力だなあと思うことが多い」(31.5%)、「毎日の活動力や周囲に対する興味が低下した」(29.4%)、「希望がないと思うことがある」(17.7%)、「外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思う」(16.6%)、「周りの人があなたより幸せそうに見える」(16.0%)、「毎日が退屈だと思うことが多い」(11.2%)、「生活が空虚だと思う」(10.4%)、「生きていても仕方がないという気持ちになることがある」(5.4%)の順であった。

3) 保健意識に関しては、普段から自分の健康に気をつけているか(N=840)は、「よく気をつけている」255人(30.4%)、「気をつけているほうだ」482人(57.4%)、「あまり気をつけていない」101人(12.0%)、「まったく気をつけていない」2人(0.2%)であった。健康に気をつけていない理由(N=103)は、「健康なので気をつける必要がない」29人(28.2%)、「あきらめている」3人(2.9%)、「健康に関心がない」1人(1.0%)、「特に理由はない」68人(66.0%)、「その他」2人(1.9%)であった。今後もっと健康に気をつけたいか(N=823)は、「思う」が794人(96.5%)、「思わない」が29人(3.5%)であった。今後健康についてどうしたいか(N=838)は、「今よりももっと自分で進んで健康状態を少しでもよくしたい」318人(37.9%)、「今の健康状態を保ちたい」493人(58.8%)、「悪くなるのは困るが、積極的に維持増進したいとは思わない」26人(3.1%)、「健康などはどうでもよいと思っている」1人(0.1%)、「その他」0人(0.0%)であった。

3. 退職者の健康状態・健康管理状況等に関連する要因

男女別にみると、通院または入院の有無については、「心臓病」は男性に多くなっていた(表2)。

表2 退職後の通院または入院の有無と性別との関連性(N=822)

内容	総数		男性		女性		χ ² 値
	「有る」	「無い」	「有る」	「無い」	「有る」	「無い」	
なし	325 (39.5%)	497 (60.5%)	288 (39.2%)	446 (60.8%)	37 (42.0%)	51 (58.0%)	0.259
高血圧	165 (20.1%)	657 (79.9%)	146 (19.9%)	588 (80.1%)	19 (21.6%)	69 (78.4%)	0.142
脳卒中	4 (0.5%)	818 (99.5%)	4 (0.5%)	730 (99.5%)	0 (0.0%)	88 (100.0%)	0.482
心臓病	47 (5.7%)	775 (94.3%)	47 (6.4%)	687 (93.6%)	0 (0.0%)	88 (100.0%)	5.977**
糖尿病	64 (7.8%)	758 (92.2%)	59 (8.0%)	657 (92.0%)	5 (5.7%)	83 (94.3%)	0.608
腎臓病	14 (1.7%)	808 (98.3%)	14 (1.9%)	720 (98.1%)	0 (0.0%)	88 (100.0%)	1.708
肝臓病	19 (2.3%)	803 (97.7%)	19 (2.6%)	715 (97.4%)	0 (0.0%)	88 (100.0%)	2.332
貧血	5 (0.6%)	817 (99.4%)	3 (0.4%)	731 (99.6%)	2 (2.3%)	86 (97.7%)	4.516
胃・十二指腸潰瘍	46 (5.6%)	776 (94.4%)	40 (5.4%)	694 (94.6%)	6 (6.8%)	82 (93.2%)	0.279
消化器系疾患	45 (5.5%)	777 (94.5%)	41 (5.6%)	693 (94.4%)	4 (4.5%)	84 (95.5%)	0.164
膝・腰痛	101 (12.3%)	721 (87.7%)	85 (11.6%)	649 (88.4%)	16 (18.2%)	72 (81.8%)	3.177
外傷	20 (2.4%)	802 (97.6%)	18 (2.5%)	716 (97.5%)	2 (2.3%)	86 (97.7%)	0.011
結核・肋膜炎	0 (0.0%)	822 (100.0%)	0 (0.0%)	734 (100.0%)	0 (0.0%)	88 (100.0%)	0.000
その他	162 (19.7%)	660 (80.3%)	145 (19.8%)	589 (80.2%)	17 (19.3%)	71 (80.7%)	0.009

・:P<0.05, **:P<0.01

最近気になることや自身の気持ちは、「背中・腰や膝が痛む」、「肩や首筋がこる」、「頭が痛かったり病んだりする」、「ストレスを感じる」、「前日の疲れが朝まで残る」の各項目ともに女性に多くなっていた(表3)。

表3 最近気になることや、あなたの気持ちに近い答えと性別との関連性(N=821)

内容	総数		男性		女性		x ² 値
	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	
背中・腰や膝が痛む	322 (39.2%)	499 (60.8%)	271 (37.2%)	458 (62.8%)	51 (55.4%)	41 (44.6%)	11.427**
肩や首筋がこる	348 (42.2%)	477 (57.8%)	285 (39.0%)	445 (61.0%)	63 (66.3%)	32 (33.7%)	25.640**
胃の具合が悪い	135 (16.6%)	679 (83.4%)	114 (15.9%)	608 (84.1%)	21 (22.8%)	71 (77.2%)	2.921
動悸、息切れがする	125 (15.3%)	690 (84.7%)	112 (15.5%)	611 (84.5%)	13 (14.1%)	79 (85.9%)	0.116
体重が減っている	105 (12.8%)	715 (87.2%)	97 (13.3%)	631 (86.7%)	8 (8.7%)	84 (91.3%)	1.567
頭が痛かったり病んだりする	76 (9.3%)	738 (90.7%)	57 (7.9%)	666 (92.1%)	19 (20.9%)	72 (79.1%)	16.125**
めまいがする	83 (10.2%)	733 (89.8%)	71 (9.8%)	653 (90.2%)	12 (13.0%)	80 (87.0%)	0.936
寝つきが悪い、眠りが浅い	210 (25.5%)	612 (74.5%)	185 (25.3%)	545 (74.7%)	25 (27.2%)	67 (72.8%)	0.144
物事に集中できない	152 (18.6%)	666 (81.4%)	140 (19.3%)	587 (80.7%)	12 (13.2%)	79 (86.8%)	1.970
疲れやすい	327 (39.6%)	498 (60.4%)	286 (39.2%)	444 (60.8%)	41 (43.2%)	54 (56.8%)	0.556
ストレスを感じる	181 (22.0%)	642 (78.0%)	139 (19.1%)	589 (80.9%)	42 (44.2%)	53 (55.8%)	30.902**
きびしいと感じる	108 (13.2%)	713 (86.8%)	98 (13.4%)	631 (86.6%)	10 (10.9%)	82 (89.1%)	0.474
前日の疲れが朝まで残る	205 (25.0%)	616 (75.0%)	164 (22.6%)	563 (77.4%)	41 (43.6%)	53 (56.4%)	19.703**
健康のことで気になることがある	445 (53.9%)	381 (46.1%)	393 (53.8%)	337 (46.2%)	52 (54.2%)	44 (45.8%)	0.004

*:P<0.05. **:P<0.01

抑うつ症状については、「毎日が退屈だと思うことが多い」は男性に、「自分が無力だなあと
思うことが多い」、「外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思う」、「希望がない
と思うことがある」の各項目は女性に多くなっていた(表4)。

表4 抑うつ症状と性別との関連性(N=826)

内容	総数		男性		女性		x ² 値
	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	
毎日の生活に満足している	659 (79.1%)	174 (20.9%)	587 (79.6%)	150 (20.4%)	72 (75.0%)	24 (25.0%)	1.110
毎日の活動力や周囲に対する興味が低下した	245 (29.4%)	588 (70.6%)	209 (28.4%)	528 (71.6%)	36 (37.5%)	60 (62.5%)	3.419
生活が空虚だと思う	86 (10.4%)	740 (89.6%)	73 (10.0%)	659 (90.0%)	13 (13.8%)	81 (86.2%)	1.329
毎日が退屈だと思うことが多い	93 (11.2%)	737 (88.8%)	89 (12.1%)	645 (87.9%)	4 (4.2%)	92 (95.8%)	5.405*
たいていは機嫌よく過ごすことが多い	756 (90.9%)	76 (9.1%)	671 (91.2%)	65 (8.8%)	85 (88.5%)	11 (11.5%)	0.706
将来への漠然とした不安にかられることがある	414 (49.9%)	416 (50.1%)	365 (49.7%)	370 (50.3%)	49 (51.6%)	46 (48.4%)	0.124
多くの場合は自分は幸福だと思う	751 (90.3%)	81 (9.7%)	666 (90.5%)	70 (9.5%)	85 (88.5%)	11 (11.5%)	0.367
自分が無力だなあとと思うことが多い	262 (31.5%)	569 (68.5%)	223 (30.3%)	512 (69.7%)	39 (40.6%)	57 (59.4%)	4.160*
外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思う	138 (16.6%)	695 (83.4%)	114 (15.4%)	624 (84.6%)	24 (25.3%)	71 (74.7%)	5.867*
なによりもまず、物忘れが気になる	286 (34.3%)	548 (65.7%)	252 (34.1%)	486 (65.9%)	34 (35.4%)	62 (64.6%)	0.061
いま生きていることが素晴らしいと思う	745 (89.3%)	89 (10.7%)	662 (89.8%)	75 (10.2%)	83 (85.6%)	14 (14.4%)	1.629
生きていても仕方がないという気持ちになることがある	45 (5.4%)	788 (94.6%)	38 (5.2%)	699 (94.8%)	7 (7.3%)	89 (92.7%)	0.758
自分が活力にあふれていると思う	482 (57.9%)	350 (42.1%)	431 (58.6%)	305 (41.4%)	51 (53.1%)	45 (46.9%)	1.029
希望がないと思うことがある	148 (17.7%)	687 (82.3%)	121 (16.4%)	618 (83.6%)	27 (28.1%)	69 (71.9%)	8.046**
周りの人があなたより幸せそうにみえる	133 (16.0%)	700 (84.0%)	111 (15.0%)	627 (85.5%)	22 (23.2%)	73 (76.8%)	4.133

年齢別にみると、通院または入院の有無については、「なし」は55～64歳におおくなっ
ていた。逆に、「消化器系疾患」「膝・腰痛」は65～70歳に多くなっていた(表5)。

表5 退職後の通院または入院の有無と年齢との関連性(N=822)

内容	総数		「55～64歳」		「65～70歳」		x ² 値
	「有る」	「無い」	「有る」	「無い」	「有る」	「無い」	
なし	325 (39.5%)	497 (60.5%)	289 (41.6%)	405 (58.4%)	36 (28.1%)	92 (71.9%)	8.260**
高血圧	165 (20.1%)	657 (79.9%)	133 (19.2%)	561 (80.8%)	32 (25.0%)	96 (75.0%)	2.294
脳卒中	4 (0.5%)	818 (99.5%)	3 (0.4%)	691 (99.6%)	1 (0.8%)	127 (99.2%)	0.272
心臓病	47 (5.7%)	775 (94.3%)	37 (5.3%)	657 (94.7%)	10 (7.8%)	118 (92.2%)	1.234
糖尿病	64 (7.8%)	758 (92.2%)	54 (7.8%)	640 (92.2%)	10 (7.8%)	118 (92.2%)	0.000
腎臓病	14 (1.7%)	808 (98.3%)	11 (1.6%)	683 (98.4%)	3 (2.3%)	125 (97.7%)	0.372
肝臓病	19 (2.3%)	803 (97.7%)	15 (2.2%)	679 (97.8%)	4 (3.1%)	124 (96.9%)	0.444
貧血	5 (0.6%)	817 (99.4%)	4 (0.6%)	690 (99.4%)	1 (0.8%)	127 (99.2%)	0.075
胃・十二指腸潰瘍	46 (5.6%)	776 (94.4%)	39 (5.6%)	655 (94.4%)	7 (5.5%)	121 (94.5%)	0.005
消化器系疾患	45 (5.5%)	777 (94.5%)	33 (4.8%)	661 (95.2%)	12 (9.4%)	116 (90.6%)	4.457*
膝・腰痛	101 (12.3%)	721 (87.7%)	78 (11.2%)	616 (88.8%)	23 (18.0%)	105 (82.0%)	4.541*
外傷	20 (2.4%)	802 (97.6%)	18 (2.6%)	676 (97.4%)	2 (1.6%)	126 (98.4%)	0.484
結核・肋膜炎	0 (0.0%)	822 (100.0%)	0 (0.0%)	694 (100.0%)	0 (0.0%)	128 (100.0%)	0.000
その他	162 (19.7%)	660 (80.3%)	130 (18.7%)	564 (81.3%)	32 (25.0%)	96 (75.0%)	2.683

*:P<0.05. **:P<0.01

最近気になることや自身の気持ちは、年齢階層において有意な差は認められなかった(表6)。

表6 最近気になることや、あなたの気持ちに近い答えと年齢との関連性(N=821)

内容	総数		「55～64歳」		「65～70歳」		χ ² 値
	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	
背中・腰や膝が痛む	322 (39.2%)	499 (60.8%)	270 (38.8%)	426 (61.2%)	52 (41.6%)	73 (58.4%)	0.350
肩や首筋がこる	348 (42.2%)	477 (57.8%)	301 (43.1%)	398 (56.9%)	47 (37.3%)	79 (62.7%)	1.452
胃の具合が悪い	135 (16.6%)	679 (83.4%)	116 (16.8%)	574 (83.2%)	19 (15.3%)	105 (84.7%)	0.168
動悸、息切れがする	125 (15.3%)	690 (84.7%)	102 (14.8%)	589 (85.2%)	23 (18.5%)	101 (81.5%)	1.161
体重が減っている	105 (12.8%)	715 (87.2%)	90 (13.0%)	604 (87.0%)	15 (11.9%)	111 (88.1%)	0.108
頭が痛かったり病んだりする	76 (9.3%)	738 (90.7%)	87 (9.7%)	621 (90.3%)	9 (7.1%)	117 (92.9%)	0.848
めまいがする	83 (10.2%)	733 (89.8%)	87 (9.7%)	625 (90.3%)	16 (12.9%)	108 (87.1%)	1.194
寝つきが悪い、眠りが浅い	210 (25.5%)	612 (74.5%)	174 (25.0%)	521 (75.0%)	36 (28.3%)	91 (71.7%)	0.619
物事に集中できない	152 (18.6%)	666 (81.4%)	135 (19.5%)	559 (80.5%)	17 (13.7%)	107 (86.3%)	2.293
疲れやすい	327 (39.6%)	498 (60.4%)	279 (39.9%)	420 (60.1%)	48 (38.1%)	78 (61.9%)	0.148
ストレスを感じる	181 (22.0%)	642 (78.0%)	150 (21.6%)	546 (78.4%)	31 (24.4%)	96 (75.6%)	0.511
さびしいと感じる	108 (13.2%)	713 (86.8%)	93 (13.4%)	602 (86.6%)	15 (11.9%)	111 (88.1%)	0.204
前日の疲れが朝まで残る	205 (25.0%)	616 (75.0%)	177 (25.5%)	517 (74.5%)	28 (22.0%)	99 (78.0%)	0.685
健康のことで気になることがある	445 (53.9%)	381 (46.1%)	375 (53.6%)	325 (46.4%)	70 (55.6%)	56 (44.4%)	0.169

*:P<0.05, **:P<0.01

抑うつ症状については、65～70歳に「なによりもまず、物忘れが気になる」者が多くなっている(表7)。

表7 抑うつ症状と年齢との関連性(N=826)

内容	総数		「55～64歳」		「65～70歳」		χ ² 値
	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	「はい」	「いいえ」	
毎日の生活に満足している	659 (79.1%)	174 (20.9%)	550 (78.3%)	152 (21.7%)	109 (83.2%)	22 (16.8%)	1.577
毎日の活動力や周囲に対する興味が低下した	245 (29.4%)	588 (70.6%)	206 (29.3%)	498 (70.7%)	39 (30.2%)	90 (69.8%)	0.050
生活が空虚だと思う	86 (10.4%)	740 (89.6%)	71 (10.2%)	627 (89.8%)	15 (11.7%)	113 (88.3%)	0.277
毎日が退屈だと思うことが多い	93 (11.2%)	737 (88.8%)	84 (12.0%)	618 (88.0%)	9 (7.0%)	119 (93.0%)	2.650
たいへん機嫌よく過ごすことが多い	756 (90.9%)	76 (9.1%)	638 (90.9%)	64 (9.1%)	118 (90.8%)	12 (9.2%)	0.002
将来への漠然とした不安にかられることがある	414 (49.9%)	416 (50.1%)	351 (50.1%)	350 (49.9%)	63 (48.8%)	66 (51.2%)	0.066
多くの場合は自分は幸福だと思う	751 (90.3%)	81 (9.7%)	631 (89.9%)	71 (10.1%)	120 (92.3%)	10 (7.7%)	0.732
自分が無力だなと思うことが多い	262 (31.5%)	569 (68.5%)	222 (31.6%)	480 (68.4%)	40 (31.0%)	89 (69.0%)	0.019
外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思う	138 (16.6%)	695 (83.4%)	111 (15.8%)	592 (84.2%)	27 (20.8%)	103 (79.2%)	1.968
なによりもまず、物忘れが気になる	286 (34.3%)	548 (65.7%)	222 (31.5%)	483 (68.5%)	64 (49.6%)	65 (50.4%)	15.895**
いま生きていることが素晴らしいと思う	745 (89.3%)	89 (10.7%)	627 (88.9%)	78 (11.1%)	118 (91.5%)	11 (8.5%)	0.736
生きていても仕方がないという気持ちになることがある	45 (5.4%)	788 (94.6%)	39 (5.5%)	664 (94.5%)	6 (4.6%)	124 (95.4%)	0.187
自分が活力にあふれていると思う	482 (57.9%)	350 (42.1%)	408 (58.1%)	294 (41.9%)	74 (56.9%)	56 (43.1%)	0.064
希望がないと思うことがある	148 (17.7%)	687 (82.3%)	126 (17.9%)	579 (82.1%)	22 (16.9%)	108 (83.1%)	0.068
周りの人があなたより幸せそうに見える	133 (16.0%)	700 (84.0%)	116 (16.5%)	586 (83.5%)	17 (13.0%)	114 (87.0%)	1.035

*:P<0.05, **:P<0.01

IV. 考察

1. 退職者の健康状況・健康管理状況等の項目に関する分布状況

1) 健康状態のうち、通院または入院の有無は、「なし」39.5%が最も多く、次いで、「高血圧」20.1%、「膝・腰痛」12.3%、「糖尿病」7.8%、「心臓病」5.7%、「胃・十二指腸潰瘍」5.6%、「消化器系疾患」5.5%、「外傷」2.4%、「肝臓病」2.3%、「腎臓病」1.7%、「貧血」0.6%、「脳卒中」0.5%、「結核・肋膜炎」0.0%の順となっていた。「高血圧」「糖尿病」「動脈硬化性疾患」などの生活習慣の改善が、一次予防の重要な要素となる疾病が多いものとなっていた。これらの疾病は、成人になってからの食習慣その他の悪しき生活スタイルが積み重ねられて発病することが明らかとなり、健康的な日常生活を心掛ければ、こうした慢性の成人の病気は防ぐことができるとされている。この生活習慣病増加の要因としては、喫煙、偏った食事、カロリーの取り過ぎ、運動不足など不健康な生活習慣が指摘されており、このことを十分注意した生活が必要であろう。健康づくりは個人の自覚と実践によって得

られるものである。このことは、健康に良い生活習慣の形成であり、病気を防止し、活力ある身体を自己管理により築き上げることを目的としており、これからの高齢化社会を生き抜くためには不可欠である。一人ひとりが、運動、栄養、休養、睡眠などについて、バランスのとれた生活習慣を形成できるように積極的に努力することが必要であろう。また、行政においても健康づくりを支援するシステムを開発するなど、適切な支援体制の整備を急がなければならないであろう。健康度自己評価は「健康でない」1.4%、「あまり健康でない」10.1%、「まあ健康」76.6%、「非常に健康」11.8%であった。全体として、「非常に健康・まあ健康」が88.4%であり、退職者の約9割が自身の健康状態を肯定的に自己判断している。特に健康状態が悪いと判断している者はごくわずかと考えられる。一般に我々が持つイメージでは、高齢になると心身機能の低下が目立つことから、健康でない者の比率が高いと推察されるものである。ところが、実際にはそのような人が大多数を占めているわけではなく、大多数の退職者の自覚的な健康状態は高いものであった。何よりも、近年の平均寿命の伸びは高齢者が健康になったことの大きな証であろう¹⁴⁻¹⁵⁾。

2) 日常の状況のうち、日常の健康状況は最近気になることや自身の気持ちに近い答えは、「はい」と回答する者の割合に着目するなら、「健康のことで気になることがある」(53.9%)、「肩や首筋がこる」(42.2%)、「疲れやすい」(39.6%)、「背中・腰や膝が痛む」(39.2%)、「寝つきが悪い、眠りが浅い」(25.5%)、「前日の疲れが朝まで残る」(25.0%)、「ストレスを感じる」(22.0%)、「物事に集中できない」(18.6%)、「胃の具合が悪い」(16.6%)、「動悸、息切れがする」(15.3%)、「さびしいと感じる」(13.2%)、「体重が減っている」(12.8%)、「めまいがする」(10.2%)、「頭が痛かったり病んだりする」(9.3%)の順となっていた。このような退職者の多面的な回答ゆえに、生活を支える援助は、身体機能だけではなく、精神的、社会的に健康な生活に向けた様々な働きかけが必要となろう。ところが、従来、健康保持の内容が身体的なレベルでの健康に偏重していたことから、今後の中高年者の保健対策のあり方は、生活という側面に着目して、単なる生理的、身体的な健康保持の段階にとどまることなく、健やかに老いることへの総合的な対策に結びつけていくことが急務となっている。WHOは健康の定義に基づく、単に病気が存在しないというだけではなく、身体的・精神的ならびに社会的にも完全に良好な状態を示している¹⁶⁾。すなわち、健康を身体と精神、さらに社会的な面の三つに分けて、それぞれの要素を重視した概念を提唱している。このように、健康は単に病気がないという静的なものではなく、身体的、精神的、社会的により快適なものをつくりあげていくという動的なものでなくてはならないであろう。

抑うつ症状については、「はい」と回答する者の割合に着目するなら、「たいていは機嫌よく過ごすことが多い」(90.9%)、「多くの場合は自分は幸福だと思う」(90.3%)、「いま生きていることが素晴らしいと思う」(89.3%)、「毎日の生活に満足している」(79.1%)、「自分が活力にあふれていると思う」(57.9%)、「将来への漠然とした不安にかられることがある」(49.9%)、「なによりもまず、物忘れが気になる」(34.3%)、「自分が無力だなあと思うことが多い」(31.5%)、「毎日の活動力や周囲に対する興味が低下した」(29.4%)、「希望がないと思うことがある」(17.7%)、「外出したり何か新しいことをするよりも、家にいたいと思う」(16.6%)、「回りの人があなたより幸せそうに見える」(16.0%)、「毎日が退屈だと思

うことが多い(11.2%)、「生活が空虚だと思う」(10.4%)、「生きていても仕方がないという気持ちになることがある」(5.4%)の順であった。高齢期には抑うつ症状が出現しやすい¹⁷⁻¹⁸⁾ことから、高齢者の精神的健康においてもっとも重要な問題のひとつとされている。通常、加齢とともに体力は衰え、役割移行あるいは役割喪失に伴い経済力も低下する。したがって、高齢になればなるほど、身体的にも経済的にも依存性が増大することになる。しかし、孤立状態におかれていれば、なにごとにも一人で対処していかなければならない。高齢期に特有の危機状況に際しても、気軽に周囲にたのめる状況にない。また、加齢とともにそれまでのネットワークから切り離され、交際範囲は狭まり、しかも、新しく対人関係を築き上げるのは難しい。その結果、孤立した中高年者の不安感は日々、増大し、やがては抑うつ症状になるものと思われる¹⁹⁾。したがって、役割移行あるいは役割喪失に伴うストレスに対処するには、中高年者を支える援助システムが重要である²⁰⁾と考える。もっとも、この援助システムは単に、直接的、間接的に中高年者とかかわればいいのではなく、中高年者が自分の価値を肯定的に確認できるように積極的な援助を与えられるものでなければならない。

3) 保健意識に関しては、普段から自分の健康に気をつけているかについては、「よく気をつけている」30.0%、「気をつけているほうだ」57.4%であった。一方、健康に気をつけていない理由は、「特に理由はない」67.7%、「健康なので気をつける必要がない」28.1%、「あきらめている」2.1%の順であった。今後もっと健康に気をつけたいかは、「思う」が96.7%であった。今後健康についてどうしたいかは、「今の健康状態を保ちたい」58.4%、「今よりももっと自分で進んで健康状態を少しでもよくしたい」38.6%、「悪くなるのは困るが、積極的に維持増進したいとは思わない」2.8%、「健康などはどうでもよいと思っている」0.1%であった。この結果は、退職後の毎日を快適に過ごし、楽しく充実した人生を送るために健康であることを願い、もっと健康になりたいという気持ちが強く、生活の中で健康に気をつけようとする気持ちが強いことを表している。このことが、健康に「よく気をつけている」、「気をつけているほうだ」というように健康への配慮の高さを示している。また、健康について「今の健康状態を保ちたい」、「今よりももっと自分で進んで健康状態を少しでもよくしたい」というように健康志向も高くなっている。このように、退職後の健康づくりが、加齢に対する防御するという消極的位置づけから、健康生活の設計、自己管理といった積極的位置づけに転換してきていることが示された。急速な高齢化にあって、中高年者の健康は、心身の機能低下につれて有病率が高まることから生活の安定とならぶ切実な関心事となっている。したがって、ただ健康である状態を保持するという消極的なものとしてのみでなく、健康の自己管理が習慣化されている必要があり、さらに積極的な健康をつくりあげていくことが重要となつてこよう。健康への自己責任は、「自分の健康を自分で決める」ことから生まれてくる。自分にとって健康とは何か、自分はいくら健康になりたいのかを自己決定しなければならない。その意味で、高齢期の健康保持にとっては、望ましい健康観を持つことが必要がある。いかなる健康観を中高年者が保有するかによって追求すべき健康水準も変化することから、中高年者に対する健康づくりの展開も変わってくることが想定される。そのためにも、中高年者の健康意識をとらえ直し、健やかに老いることへの総合的な対策に結びつけていくことが必要であろう。

2. 退職者の健康状況・健康管理状況等に関連する要因

男女別にみても、通院または入院の有無については、「心臓病」は男性に多くなっていた。

最近気になることや自身の気持ちは、背中・腰や膝が痛む、肩や首筋がこる、頭が痛かったり病んだりする、ストレスを感じる、前日の疲れが朝まで残るの各項目ともに女性に多くなっていた。女性は更年期になると体内のホルモン環境の変動から、種々の不定愁訴が出現し多かれ少なかれ何らかの症状を呈することが多くなる。このことが女性の健康状況が男性に比べ、いくぶんははかばかしいものとなっている理由の一つであると考ええる。

抑うつ症状については、「毎日が退屈だと思ふことが多い」は男性に、「自分が無力だなあと思ふことが多い」、「外出したり何か新しいことをするよりも、家にいたいと思う」、「希望がないと思ふことがある」の各項目ともに女性に多くなっていた。このことは、常に指摘されている²¹⁻²³⁾、女性における抑うつ症状の高さが退職者においても示された。この時期の女性の抑うつ感情は社会生活、人間関係における原因によって、ひきおこされることが多い。多くの男性が定年退職という急激な役割喪失を経験し、居場所をなさを実感しているのに対し、女性にとっては社会関係での役割喪失による衝撃は緩慢である。むしろ、女性は、子どもの巣立ちによってもたらされる「empty nest」といった家族関係での役割喪失に空虚感を覚えがちであるといわれている。したがって、男性の場合、退職後も家庭内外で何らかの役割を担うことができれば、その無力感・所在なさをいくぶん和らげられるものと思われる。女性は平均寿命が男性より長く、しかも、たいていの女性は自分よりは年長の男性と結婚していることから、高齢期には一人暮らしが多くなっている。したがって、年齢を重ねるにつれ身近な人々との死別を経験し、次いで、同世代の配偶者や兄弟姉妹、友だちと死別することが増える。しかもそのさびしさは、時がたつにしたがっておのずからいやされるといったことがないから、憂鬱な状態におちいりことが多いものである。とくに、配偶者を失った多くの女性たちは不安を分かち合う相手もなく、晩節を迎えていると考えられる。

年齢別にみても、通院または入院の有無については、「なし」は55～64歳におおくなっていた。逆に、「消化器系疾患」「膝・腰痛」は65～70歳に多くなっていた。年齢が高まるにつれ、医療機関への受療が多くなってきている。このことは、加齢に伴う生理的变化、すなわち、全身の多くの臓器、筋肉・関節の生理的機能が直線的に低下していくことがあげられる。年齢が高まるに伴い罹患率の高まる医療上の必要性の結果でもあろう。

抑うつ症状については、65～70歳に「なによりもまず、物忘れが気になる」者が多くなっていた。だれでも年齢とともに、脳の生理的な変化に伴い、物忘れが起こりがちである。年齢については、加齢とともに抑うつ傾向が高まると考えられる²⁴⁾が、実際には、高齢なほど抑うつが高まる傾向はみられても、統計学的には有意でない場合が多い²⁵⁻²⁶⁾。加齢と抑うつとの関連については一貫した結果が得られておらず、少なくとも、加齢が抑うつの直接的原因であるとは考えにくい。ただし、高齢期には増加する疾病や身体的障害などを通じ、生活圏が急激に縮小することから、重要な地域社会活動の役割や集団所属も減少し、その所属も受動的で弱いものとなってきた。ネットワークサイズの小さいほど抑うつは高い傾向が明らかにされている²⁷⁾。高齢期の精神的健康や安全を確保するためにも、また幸福感の増大を導くためにも、濃密なネットワークを具備することへの期待が寄せられよう。

以上まとめると、退職者の健康状況・健康管理状況は、性、年齢といった諸特性と関連していることが明らかにされた。このように、退職者の健康状況・健康管理状況は、個人の属性によって異なることから、健康生活を送っていくために、個々人が調和のとれた健康観を醸成していく社会的な対応の必要性が示唆されるものである。退職者の生活を全体的にみるならば、退職者の健康は身体的、精神的、社会的活動性、人生観や経済的満足度、本人のおかれた環境、周囲の人々との人間関係等のすべてにまたがっており、日常生活を通して主体的に健康を作り上げていくものと想定される。

今後、人口の高齢化がさらに進行するにつれて、中高年者の生活はますます活発化し、多様化していくなかで、高齢期における生活のあり方が問われることになる。本研究で得られた結果は、これからの中高年者の健康づくりを高め、生きがいのある充実した豊かな老後を形成するためのひとつの示唆となろう。

本研究は平成12年度厚生省老人福祉局老人保健健康増進等事業研究『高齢者の健康管理と生き甲斐のあり方に関する調査研究』の一環として行われた。調査に御協力下さった各企業および事業所の健康管理担当者はじめ関係者の方々に厚くお礼を申し上げます。

文献

- 1) 健康日本21企画検討会：21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21) について。厚生省，1-32，2000.
- 2) 佐藤秀紀，福渡靖：前定年退職期にある勤労者の定年後の不安感とその対応行動。厚生指標，46(3)：19-26，1999.
- 3) 佐藤秀紀，福渡靖：50代勤労者の健康度自己評価に関連する身体・心理・社会的要因。日本保健福祉学会誌，5(1)，61-70，1998.
- 4) 佐藤秀紀，中嶋和夫，安西将也，西田美佐，福渡靖：高齢者の健康観に関連する要因。厚生指標，44(6)：3-9，1997.
- 5) 佐藤秀紀，中嶋和夫，朴千萬，福渡靖：確認的因子分析による高齢者の健康概念に関する検討。日本保健福祉学会誌，3(1)，31-36，1996.
- 6) 佐藤秀紀，中嶋和夫：高齢者の主観的幸福感を規定する要因。社会福祉学，37(2)，1-15，1997.
- 7) 佐藤秀紀，友田美香：老人福祉センター通所者の主観的幸福感の規定要因。厚生指標，45(5)：24-30，1998.
- 8) 佐藤秀紀，中嶋和夫：地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因。社会福祉学，38(2)：20-35，1998.
- 9) 佐藤秀紀，中嶋和夫：地域高齢者の抑うつ状態を規定する要因。厚生指標，44(13)：10-16，1997.
- 10) 岩崎清，芳賀博，中村洋一，小川裕，安村誠司，生地新，新井宏朋：高齢者の日常生活行動と健康。社会老年学，29，86-92，1989.
- 11) 芳賀博，七田恵子，永井晴美，須山靖男，竹野下訓子，松崎俊久，古谷野亘，柴田博：健康度自己評価と社会・心理・身体的要因。社会老年学，20：15-23，1984.

- 12) 健康・体力づくり事業財団：健康づくりに関する意識調査。 (財)健康・体力づくり事業財団，1996.
- 13) Niino N, Imaizumi T, Kawakami N: A japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clinical Gerontologist*, 10(3), 85-86, 1991.
- 14) Idller: Predicting power of self-rated health. *Social Behavior*, 30(2), 112-124, 1996.
- 15) 杉澤あつ子, 杉澤秀博：健康度自己評価に関する研究の展開。健康観の転換－新しい健康理論の展開，東京大学出版会，1995.
- 16) World Health Organization: Constitution of the World Health Organization. [In] *Chronicle of the World Health Organization*, 1, 1947.
- 17) 大森健一：高齢者のうつ状態－発生要因－. *老年精神医学*, 1, 467-473, 1984.
- 18) 柄澤昭秀：高齢者のうつ状態－うつ病とうつ状態の発病率を中心に－. *老年精神医学*, 1, 458-465, 1984.
- 19) 青木邦男：高齢者の抑うつ状態と関連要因. *老年精神医学雑誌*, 8, 401-410, 1997.
- 20) 増地あゆみ, 岸玲子：高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察－ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に－. *日本公衆衛生雑誌*, 48(6), 435-448, 2001.
- 21) Reskin BF, and Coverman S.: Sex and race in the determinants of psychophysical distress: a reappraisal of sex-role hypothesis. *Social Forces*, 63, 1038-1059, 1985.
- 22) Garcia M, and Marks G.: Depressive symptomatology among Mexican-American adults: an examination with CSE-D scale. *Psychiatry Research*, 27, 137-148, 1989.
- 23) Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, et al: Prevalence and correlates of depression in an ageing cohort: the Alameda county study. *Journal of Gerontology*, 52, 252-258, 1997.
- 24) Wallace J, O'hara MW.: Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: results from a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of Abnorm Psychology*, 101, 398-404, 1992.
- 25) 村岡義明, 井原一成, 生地新, 他.: うつ状態を呈する地域在宅高齢者の身体状況について. *精神医学*, 39, 285-290, 1997.
- 26) van Grootheest DS, Beckman ATF, van Groenou MIB.: Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more?. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 34, 391-398, 1999.
- 27) Hashimoto K, Kurita H, Haratani T, et al: Direct and buffering effects of social support on depressive symptoms of the elderly with help. *Psychiatry Clin Neurosci*, 53, 95-100, 1999.

障害のある児童生徒の就学する学校に関する調査研究

－本人の希望と問題点の調査をととして－

白 石 淳

1. はじめに

平成14年4月24日に障害のある児童生徒の学校教育のあり方を規定している「学校教育法施行令の一部を改正する政令」（以下「改正令」という。）が公布され、同年9月より施行、平成15年度より適用されることになった。この施行令の改正の主旨は、次のとおりである¹⁾。「今回の学校教育法施行令の改正は、社会のノーマライゼーションの進展、教育の地方分権の推進等の特殊教育を巡る状況の変化を踏まえて、障害のある児童生徒一人一人の特別な教育的ニーズに応じた適切な教育が行われるよう就学指導の在り方を見直すもの」であり、具体的には、「1 医学、科学技術の進歩等を踏まえ、教育学、医学の観点から盲・聾・養護学校に就学すべき障害の程度（以下「就学基準」という。）を改正したこと。2 就学基準に該当する児童生徒について、その障害の程度に照らし、就学に係る諸事情を踏まえて、小学校又は中学校（以下「小・中学校」という。）において適切な教育を受けることができる特別の事情があると市町村の教育委員会が認める場合には、小・中学校に就学させることができるよう就学手続を弾力化したこと。3 障害のある児童の就学に当たり、市町村の教育委員会は専門家の意見を聴くものとしたこと。」がおもな改正点である。すなわち、現在では特殊教育諸学校に就学するのが適当と判断される障害のある児童生徒でも、改正後には市町村教育委員会の裁量で小・中学校への就学を認めることができるという制度の改正である。これは「特別な事情があると市町村の教育委員会が認める場合」という条件付きではあるが、戦後の障害のある児童生徒の教育のあり方を大きく変更する改正である。したがって、平成15年度からは、学校施設や学習機器の状況、専門的な知識を有する教員配置などという「特別な事情があると認めた場合」には、これらのことを総合的に勘案し市町村教育委員会が、障害のある児童生徒の就学する学校を決めることになる。改正令では、就学指導に当たっての留意事項で「保護者の意見を聞いた上で就学先について総合的な見地から判断することが大切」²⁾とされており、就学指導の決定においては、「特別な事情」の有無、「保護者の意見」「専門家の意見」を聴くなどをして、市町村教育委員会が判断することになる。

この研究では、今回の学校教育法施行令の改正点を踏まえたうえで、障害のある児童生徒本人が希望する学校に就学・入学する上にある解決すべき課題を明らかにする。その際、改正令の留意点であげられている障害のある児童生徒の学校教育についての「保護者の意見」を形成するのに影響を与える教育を受ける主体者である当事者の意識から、自己決定とともに「特別な事情」としてあげられている学校施設に注目して、解決すべき課題などについて考察する。

2. 研究方法

小学校、中学校、高校に在籍しているときから両下肢機能障害を有し、車いす等を使用していた身体障害者³⁾に対して聞き取り調査を行った。調査の回答者は41名である。回答者の年齢構成は、10歳代10名、20歳代27名、30歳代4名であった。調査期間は、平成13年11月～平成14年1月である。なお、小学校・中学校・高校に在籍しているときに障害を持つようになった中途障害のケースは、ケース25、29、31、34である。初等・中等教育を小学校、中学校、高校とすべて普通学校に通学したケースは、ケース1、6、24である。

3. 障害のある児童生徒の教育のあり方

(1) 望ましい学校

今回の改正では、「小学校又は中学校において適切な教育を受けることができる特別な事情がある」と市町村の教育委員会が認める場合には、小・中学校に就学させることができるよう就学手続きを弾力化⁴⁾され、その「特別な事情」と条件を付すことにより制度的には範囲を限定したとも受けとめられるが、障害のある児童生徒の教育のあり方としては包括教育または統合教育（以下「統合教育」という。）への方向性を制度的に示したものと考えることができる。その就学の判断においては、就学指導にあたっての留意事項で「保護者の意見を聞いた上で就学先について総合的な見地から判断することが大切」⁴⁾とされており、「保護者の意見」が反映されることになっている。では、当事者である障害のある者本人はどのような学校教育を受けることが望ましいとする考えを持っているのであろうか。

今回の調査では（表－1）、障害のある児童生徒の望ましい就学先として「普通学校・普通学級」とする統合教育⁵⁾の考えを持つ者が17名で、「普通学校・普通学級または特殊教育諸学校・特殊学級」とする統合教育と分離教育の並列的な学校制度を認め、児童生徒一人ひとりが統合教育又は分離教育での学校をそれぞれ本人で選択することが望ましいと考える者が21名で、「特殊教育諸学校・特殊学級」とする分離教育が望ましいとする者が2名であった。「普通学校・普通学級」を就学先とする理由としては、ノーマライゼーションの理念や包括教育の理念、本人に対する教育の期待、他の子どもなどに対する教育効果の期待からであると考えている。具体的には、「健常児生徒と障害児生徒と分けること自体間違っている。良くない、変である」「障害者だからはやめて欲しい」「分けると隔離されているようである」「健常者と同じ立場である」「社会でも厳しいのだから、社会と同じように厳しい方が良い」という理念や基本的な考えの他に、「他人との関わりが持てる」「健常者と同じように学べる」「一緒にいる方が楽しい」「お互いに世界が広がる」「心のバリアが無くなり、壁が低くなる」「お互いの理解が深まる」「（障害者の）周りの人が学ぶことがある」などと障害のある児童生徒本人や障害のない児童生徒に対する教育的な利益が期待できるという考えがある。一方、「特殊教育諸学校・特殊学級」を就学先とする理由としては、「施設面や勉強面とか自分一人だと無理な面がある」「特殊教育諸学校では、障害者に対する環境等が備わっている。そこに集まって勉強した方が良い。普通学校の施設などは利用できないものだと思う」であり、現在の普通学校の施設面

表－１ 障害のある者の通学する望ましい学校について

ケース	望ましい学校	理 由
1	普通学校・学級	普通学校に通うと、他の人と関わることができて良い。また授業内容も調理・洋裁など特殊教育学校ではやらないことも学ぶことができる
4	普通学校・学級	養護学校に行くよりも普通の人と同じように普通学校と一緒にいったほうが良い。養護学校に転校してきた人の中には普通学校で、いじめられた人もいたのでそういうことも無くしたい。障害を持っていても同じ人間だから養護学校に通っている人と普通学校の人のとの関わりが無くなる。普通学校だとお互いに理解できると思う。普通学校は大変かもしれないが通ったほうが良い
6	普通学校・学級	一緒に生活していると自分の周りの人、先生方にも学ぶことがあると言われた。また、社会に出ればさらに厳しいから、学校でも厳しいほうが良い
9	普通学校・学級	健常者障害者と分けるのは良くない、可能な限り普通学級で受け入れて欲しい。同じようにして欲しい。障害を持った親にかかる負担のことを子どもなりに考えて苦しかった
1 2	普通学校・学級	身体障害者だと介護員や手助け、バリアフリー化で普通の学校生活ができる。そうしたら周りの人や自分も障害という心のバリアは小さい頃から無くなる。それはお互いにとって良い経験になり差別や偏見はなくなり、障害者も皆と過ごすことにより社会への不安や恐怖が和らぎ、社会に出て行きやすくなる。そんな前例をたくさんつくることにより、日本の制度は変わりそれが当たり前になれば障害者も普通学校という選択の幅が大きくなる。養護学校しかないということが無くなり障害者と健常者の壁は低くなる
1 3	普通学校・学級	普通学校と特殊学校に分けてしまうのは変である。分けることで障害があるから皆と違うのかなと思ってしまう。差別されている気がする。分ける必要は無く学校を一本化してしまった方が良い
1 5	普通学校・学級	養護学校だと障害者の世界が狭まる。また、普通学校に行けば健常者は障害者に対しての理解が深まる
1 6	普通学校・学級	普通学校・特殊学校と分けること自体おかしいことである。同じ人間でやればできるのに「特殊学級」に行きなさいという考えは変である。特殊学級にいやいや通っている人もいると思う。その人の気持ちを考えるべきである。すべて健常者と同じように出来るために条件を整備することの方が大切である
1 9	普通学校・学級	障害者に対して、他の皆が心配してくれることは良いが、楽で安全なことばかりだと過保護になりすぎる。障害者という言葉は好きでない。皆同じ立場の人間なので、養護学校など存在すること自体反対である。皆が一緒にやっていたことが良い
2 3	普通学校・学級	多くの人と一緒にいる方が楽しい。特殊学級にいと友達ができにくいし、いじめられてしまう
2 5	普通学校・学級	普通学校・特殊学校と分けることが本来間違っている。分離教育は行政の責任逃れだと思う。どんな人に対しても対応できる教育環境の整備が根本的に必要である
2 7	普通学校・学級	子どもの頃から健常者・障害者お互いにふれあっていたらお互い理解でき、差別など無くなる。今まで障害者と付き合ったことが無い人が多いので、接し方をわかってもらえるし、何かのきっかけにもなる
2 8	普通学校・学級	今の時代だからこそ、たった一度の学校のことから普通学級に行くのが当然だと思う。小さい頃から健常者と一緒にいることが大切で、その機会をもっと作るべき。一緒に過ごすことでお互いの理解が深まる
3 4	普通学校・学級	理想的には統合教育が良い。特に高校生はその方が良い。ただし、小学校は子供の障害者に対する理解不足による残酷な行為が起きかねないので注意する必要がある
3 6	普通学校・学級	障害者が自由に普通学校を選べるようにすべきである
3 7	普通学校・学級	養護学校と普通学校を分けることで、障害者に対する偏見が生じる。その偏見が社会に出てもずっと残る。障害者だからというのはやめて欲しい。健常者・障害者共に同じように条件を整えることが必要である
3 9	普通学校・学級	一緒の方が良い。養護学校に集めると障害者を何か隔離されている、隔離している存在だ思うようになってしまう。同じように扱えば良いことである。その方が自然であると思うし、当然である
2	普通・特殊学校	障害の種類によって違うと思うが、普通学校で通学して学ぶことが大丈夫な人は普通学校に行くのが良い
3	普通・特殊学校	障害の種類によって違うと思う。車いすの利用の人は普通学校に行けると思う。自分の体の状況は自分でわかるので自分で選ぶのが良い
7	普通・特殊学校	障害があるという理由で決められた学校に行くのではなく、障害者にとっても通いやすい学校であればよい
8	普通・特殊学校	同じような養護学校なら、同じような人がいて自分のことをわかってくれ、養護学校で不便さはなかった。一緒にするのならいろいろな人がいて、いろいろな勉強ができるし、いろいろな話もできて世界が広がる。自分は普通学校、特殊学校の両方とも行けて良かったと思うが、出身学校名が言いにくかった
1 0	普通・特殊学校	自分の選択で自由に選べるのが大切である。自分の障害は自分がよく知っていて、行けるか行けないかも判る。他人に決められる事の方が問題である
1 1	普通・特殊学級	障害など場合による。すべての人が普通学級でとは思わないが、障害があるからと言って普通学校・学級に通学できないのは変である。障害者だけをまとめて合わせて教育するのはおかしい。できる人、できない人がいるので、それぞれのニーズに合わせた教育をすれば良い
1 4	普通・特殊学校	養護学校、特殊学級は障害の内容によっては必要であるかもしれない。下肢障害の人なら「一緒に普通学校・学級」に行っても何とかなるので普通学校・学級の方が良い。可能ならば普通学校・学級に行ったほうが、特別視・特別扱いされなくなる

17	普通・特殊学校	普通学校、特殊学校の両方であっても良いが、特別なものという考え方で差別を感じさせないように普通の子どもたちにも障害者に対する接し方などを学べる教育環境が大切である
20	普通・特殊学校	それぞれの考えでよい。普通学校、養護学校など行きたければ行けばよいと思う。しかし社会に出てみると社会では皆一緒にいるので普通学校に通って、人と関わっていた方が将来的には良い。また、健常の子ども障害者と接する機会があって良い。いずれ社会に出て障害者の人に出会う機会もあるはずだし、お互いに良い影響はある
24	普通・特殊学校	自分が望む方向に行けるように選択権は当事者にあることが当然のことである。お互いに良い面があるし、障害の種類・程度もいろいろあるので普通学校、特殊学校の両方であってもいいと思うが、強制されるのではなくて自分が望む学校に行けるようにすることが大切である
26	普通・特殊学校	行きたい学校に行けるのが一番である。養護学校へ行きながら訓練をしたい人もいれば普通学校へ行きたい人もいる。ただ普通学校へ行きたいのに入学を拒否されるというのは間違っている。障害があるからといって「ここじゃなきゃいけない」「こうでなければならない」と決めつけられることはおかしい
29	普通・特殊学校	普通学校、特殊学校などは障害者自身が選択できるようにした方がよい。障害に応じて選べるようにするのが良い
30	普通・特殊学校	どちらともいえないが、今の環境は良くないと思う。何故ならば、その子にとって一番良い状態で教育や友達関係が作れるとは思えないからである
31	普通・特殊学校	養護学校、普通学校とどちらかにする極端なことには賛成できない。病気の時には病院が近くにある養護学校は適当であった。障害を持っても通院をしない時には普通学校に通学の方が良い。一般の社会の中で障害者は健常者と分けて生活しているわけではないから、学校の中でも分ける必要はないと思う。分けてばかりいると社会の中で後で困る
32	普通・特殊学校	どちらか一方ではなく、その本人にあわせるべきである。本人の性格もあるし、体が弱く一般の子どもと一緒に生活するのが大変なのであれば無理して普通学校へ行っても我慢することがかなり多くなるだろうと思うので養護学校の方が十分楽しめると思う。逆に進学とか普通校に通いたいと思っているのに、バリアのせいで断念するのも残念である
33	普通・特殊学校	それぞれだと思うが、気持ちとしては普通校に通学したい。障害のレベルに合わせた選択ができるようになってるのが理想的である
35	普通・特殊学校	普通学校、特殊学校と両方あってよい。障害に応じた学習レベルの選択を本人の考えで選べるようになって欲しい。養護学校にもいろいろな障害を持っている人がいる。その障害に応じた学校が良い
38	普通・特殊学校	できれば一緒に普通学校・学級がよい。地域で暮らして地域の学校に通ったほうが良い。そうすると障害者がいるということで街も少しずつ活性化（改善）される。勉強は努力次第であるが、とりえず皆と同じような環境にして欲しい。そうすることが当たり前である。同じようにすると障害者も健常者も変わってくる
40	普通・特殊学校	養護学校も必要であると思う（健常者からいじめられないから安心できるという人もいる）。ただ一度そこに入学したらずっと養護学校に通学するという固定ではなく、障害の状況に合わせて学校間を移動できるのがよい（障害が悪化したら養護学校へ、改善したら普通学校へ等）。その時々障害や体の状況・環境にあうように選んで通学するのが良い
41	普通・特殊学校	障害を持った人各人の障害レベルに合わせて、学ぶ方がよい。例えば養護学校では障害に合わせて確実に考えてくれるところが良い。普通校では、授業についていけない子供は飛ばして進んでいくなどである。半分の速度の人もおり、絶対同レベルにはならないからである
5	特殊学校・学級	特殊学校に分ける方がよい。施設面や勉強面とか自分一人だと無理な面もあるので、その方がよい
21	特殊学校・学級	障害者に対する施設等の環境が備わっているがら特殊学校の方が良い。皆そこに集まって勉強した方がよい。そもそも、普通学校の施設などは利用できないものだと思う
18		

などの状況を考えて、その結果として現状では特殊教育諸学校の方が障害のある児童生徒にとって学校教育であると判断しているものと考えることができる。「普通学校・普通学級または特殊教育諸学校・特殊学級」と選択できる学校を就学先とする理由としては、「それぞれの障害者の障害の状況に適した教育的なニーズに合わせて」という考え方がその理由の中心におかれている。この場合には、学校を選択するうえで強制力が伴わないことが前提とされており、その選択においても「できれば、普通学校・普通学級」、「障害者は、健常者とは同レベルではない」などと、選択においても統合教育側の立場、分離教育側の立場による考えまで意識に幅がみられた。

学校に在籍しているときに障害を持つことになった中途障害者4名については、「普通学校・普通学級」、「普通学校・普通学級または特殊教育諸学校・特殊学級」がそれぞれ2名ずつであった。

このように、障害のある児童生徒を障害のない児童と分ける分離教育のみの教育のあり方については、当事者は否定的に考えており、包括・統合教育への希望は少なくはない。これは、障害者の権利、理念から、包括・統合教育の教育的な効果から、可能な限り包括・統合教育の方が望ましいと考えているようである。

（２）就学先の自己決定

施行令の改正においては、前述したが「保護者の意見」を聴いて就学指導を行なうと留意事項に示されており、保護者の意見表明を認めた内容になっている⁶⁾。しかし、子どもが就学する学校を決定（小学校、中学校の「学校指定」）するのは、従来どおり教育委員会が行うことになっている。そこで、障害のある者は、表－１のように学校の選択を可能とするようにと考えているが、その自己での選択・決定をどのように考えているのであろうか。

調査では（表－２）、１ケースを除いて、いずれも就学先を自己で決定するということについて肯定している。自己決定を否定するケースは、「自己決定も良いが、現状ではさまざまな問題があるので、自分では判断できない」としている。その他のケースは、積極的に就学先の自己決定を肯定しており、「自分のことであり、他人が決めるのではなく自分で決めることは、当然のこと」「健常者と同じように」と考えている者が多い。その理由としては、「他人が決めると将来、後悔する」「他人の責任にしないためにも」「他人が決めるとやる気がなくなる」「他人が決めると行きたくなる」などで、自己の将来の展望からの判断である。健常者と同様にしたいと考えているとともに、これからの自己の社会生活など自己の人生に学校が大きく影響を与えることであると考えていることを伺うことができ、その学校をどのように選択するかは大きな人生上の選択であると捉え、そのため自己決定が必要であると考えているようである。また、ケース４のように障害者だからという決めつけの認識、ケース３３のように当事者本人の他人への依存を問題視する認識がある。

自己決定を阻害する要因として、「自己決定をするための情報がない」（ケース３６）という情報の欠如、「自己決定をする余地がない」（ケース４、４０）という制度上からの選択肢の欠如などがある。このように、実際の自己決定には他のさまざまな問題と関連があるものと考えられ、それらの問題の解決も同時にしていかなければならない。

このように、この自己決定の問題は、子どもの権利条約の「最善の利益」「意見表明権」などに関わる問題であり、改正時の留意事項⁷⁾に「意見を聴く」とされているが、あくまでも意見を聴くことであり就学指定の行政処分としてのあり方には変更はなく、自己決定の問題は今後当事者の立場から捉えることで解決していかなければならない課題であるとする。本人の将来を決定するという自己決定・自己責任の行使の可否というべき基礎的な課題であると思われる⁸⁾。

（３）学校施設の整備状況

先に障害のある児童生徒の就学先や自己決定についてみたが、今回の改正では施設の整備状況などが「特別な事情」になるとあげられているので⁹⁾、その整備状況は、障害のある児童生徒の就学先・

表-2 自己決定について

ケース	必要・不必要	理 由
1	必要である	自分で決めないと将来、後悔すると困るから
4	必要である	障害を持っている人には親や学校は養護学校の就学・進学を勧める。だれど普通学校に皆と一緒にいきたい。行くのは親や学校の先生ではない。自分の学びたいこと、行きたい学校があり、他人が行くのではないので反対されても自分の意志を通すのが良い。自分の進学については決められていたような感じがする。「その養護学校中学部で進学するのなら、〇〇高等養護学校でしょ」という感じだった
6	必要である	自分で選ぶことは責任がある。無理やり決められることはいやであり、やる気がなくなる
9	必要である	自分の行けるところに行くのがベスト。決められて進学するものではない
12	必要である	自分の将来だから、後悔も喜びも自分の手で感じとれた方が社会に出てからきつと役立つ日がある
13	必要である	自分のことを他人が決めてしまうのはよくない。自分の一生のことだから、無理やり行かされたら後悔する。障害の無い人と同じように選ぶことは必要である
15	必要である	普通に自分で決められるのであれば問題ない。自分で決めれば責任を持って努力し最後までやり通す事ができる
16	必要である	教育委員会等が強制的に決めるのがおかしい。自分のことなので自分が行きたい学校に決めるのがよい。健常者と同じようにして欲しい
19	必要である	自分のことは自分で決めるのが良い。途中で挫折してもそれによって自分が成長する。他の障害の無い皆にはあるので普通のことである。障害者で特別にされると自分の意見が持てなくなり成長していく上でも問題になる
23	必要である	自分のことなので自分の希望どおりできるようにする方が良い。いやいや行くと楽しくなく、行きたくなくなる
25	必要である	自分が学ぶ場所を選ぶのは当然のことである
27	必要である	皆普通に決めているし、自分のことだし当然のことである
28	必要である	一度きりの学校なので自分で選ぶのは当然のこと。自分で選択することによって自立心を養える
34	必要である	他人に押し付けられると人のせいになくなる。故に自分で選ぶべきである
36	必要である	自分の意志どおりになるならその方が良い。しかしその自己決定するための情報が無い
37	必要である	自分の意志が最も大事だと思う。自分のことだから自分の意志で決めるのが当たり前のことである
39	必要である	当然のことである。自分のことは自分で選んで決める。他人が決めても責任を取ってくれない
2	必要である	自分で決めないと学校が面白く無くなって勉強する気がなくなってしまう
3	必要である	自分で決める方が良い。いやいや通学すると面白くなくなり行きたく無くなる。後で後悔するのは自分である
7	必要である	親や教員が養護学校に行かせるのがおかしい。自分の進路であるから自分で決める。自分の意志を尊重すべき
8	必要である	人に決められるより、自分で決める方が良い。自分が失敗しても自分で責任を取れるから
10	必要である	自分のことだから、自分で決める方が良い。決めるための情報、相談する人がどのようになっているのかが良く判らない。次はここへなどと流れるようになっていると自分で決めることは少なくなってしまう
11	必要である	自分の行きたい学校を自分で決めるのが良い。決められた通りにするのは良くない。本人の意向が重要である
14	必要である	自分で決めないと後で後悔する。自分で決めない学校に通学しても面白くない。他人が決めることではない
17	必要である	自分の将来の子とは自分で決めるべき。自己決定で後悔することは良い
20	必要である	自己決定は当たり前のこと。束縛されるようなことは良くない。自分のことなので自分が決めて責任を持つのは当然。他人が決めても責任は他人が取ってはいけない。後で自分が後悔するだけになる
22	必要である	自分で選択し決めるべきである。健常者と同じように公平にすべきで区別されることは問題である
24	必要である	健常の人が選べるように自由に選んでも良い。障害によってではなく本人の学力で決めるべき
26	必要である	自分の行きたい学校へ行くのは当然のこと。障害があるからという理由で拒否されるのはおかしい。むしろその人がどうして入学できるかを皆で考えるべき。いろいろな施設がバリアフリーになっているのだから学校の施設もバリアフリーになって欲しい
29	必要である	もともとは健常者であったので、ある日突然障害を持つようになったが、健常者の考え（自分で決める）が普通である。もし決定が誤っていたとしても、自分で決めたのなら良い
30	必要である	人に選んでもらうより、自分で決めた方が納得できる
31	必要である	自分に合った環境に通学したいと考えるのは当然のこと
32	必要である	障害者は守ってあげるとか弱者的な考えが多いが、自分で決定する権利は誰にでもあるので、当然のことである

3 3	必要である	自分で決めることは当然のこと。人のせいにはすることは無い。親から早く離すべき（自立精神が大切）
3 5	必要である	行きたい学校に行くべき。そうでないと将来自分が困ることになる。他人は助けてくれない
3 8	必要である	自分で決めれば、後悔はしない。失敗しても納得できる
4 0	必要である	ある程度の方向付けとしては教育委員会などが示すことは必要であるかもしれないが、養護学校に行くとか全く選択が出来なくなってしまう。結果だけみると「こうなるしかない」となってしまっていて、選択、自己決定の余地がない。そのようなところで教育を受けると自己選択できるという事も知らないし理解することも無く、過ごしてしまう。そういうことが無いと将来自己選択しなさいと言われても、そのような経験が無いと困ることになる。このような意味からも自己選択・決定は必要なものである。健常者と同じように選択できるのが当然のこと
4 1	必要である	自分で決めるべきことと思う。本人が通学して勉強するのだから。本人次第である
5	必要ない	自分で決めることも良いけれど、親とか他の人に相談しないとダメである。施設面で車椅子で行けない所も多くあるので（他人の協力が必要で）、自分一人では判断できないので、他人に決めてもらうことも良い
2 1	必要である	自分の意志で学校を選ぶのが良い。他人が勝手に決めるのはいやである
1 8		

自己決定へ影響を及ぼすことがあるのではないかと考える。

調査では（表－3）、学校施設におけるバリアフリーなどの整備状況については、学校を選択したり入学する際に問題となるかについてであるが、「問題になる」と考える者が31名、「問題にはなるが、何とかなる」と考える者が6名であった。「問題になるが、何とかなる」と考える者で、「統合教育」を望ましい教育であるとする者は4名で、「統合教育・分離教育の並列」であるとする者は2名であった。学校に在籍しているときに障害を持つことになった3名のうち、「問題になるが、何とかなる」と考える者は1名で、「分離教育」を望ましいとする者は2名であり、施設の整備状況は「問題になる」としている。

「問題になる」と考えている者のうち、とくに施設内での垂直移動の問題を指摘した者は12名おり、そこにおける整備状況が、障害のある者にとってはとくに重要であると意識しているようである。また、バリアフリーなど配慮された施設が整備されていない高層の学校施設の利用については、「あきらめる」「行けないものだと思う」「選ぶ気にはならない」「無理だと思う」「利用できる校舎から選ぶ」「自分とは関係ないと思う」「行けないと思う」などと考えている。一方、「問題になるが、何とかなる」と考えている者は、施設が整備されていない状況でも「施設より介助面で整備」「入学後に対応をしてもらう」「何とかなる」などと考え、施設設備の未整備の状況を利用不可能と考える決定的なバリアと意識せず、その解決策を自分なりに見出しているようである。

施設設備の整備状況は障害のある児童生徒に大きく影響を与え、「諦めの意識」「利用不可能という意識」などと、障害のある者の学校施設観からさまざまな意識的なバリアを形成することがあるものと考えられる。また、「何処の学校にエレベーター等があるかはわからない」（ケース23）、「どのような施設か知らないので行けないとずっと思っていた」（ケース3）などと施設の整備状況に関する情報の欠如からのバリアの存在の問題もみられる。その結果、実際の学校の選択方法においては、「バリアフリーでないと、それ以外から選ぶ」（ケース13）、「設備が整っているところから選ぶ」（ケース20）、「利用できる施設から選ぶ」（ケース24）などと、施設的な面から条件を絞った上での選択を当事者に強いることに繋がっている。

表－3 学校施設の整備状況は問題となるかについて

ケース	
1	問題になる。とくに3階以上になると大変で、車いすの使用では、3階に行くにはどうすればよいか気になるし、利用できないと思う。仕方ないと思う
4	施設の面は大きく問題になる。施設が悪いと行けないと仕方ないと思ひ諦める
6	施設の面でバリアフリーになっていなくても、少し大変だと思うが何とかかなと思う
9	問題になる。学校の施設は、とくにエレベーターなどの有無が問題となり、無いと利用できないと思う
12	問題になる。施設が設備されていないと行けない。行く気にならない
13	問題になり、バリアフリーでないと普通学校に行きづらいし、そもそも選ぶことはできない。それ以外から選ぶことになる
15	
16	バリアフリーは理想であるが、施設の現状よりは介助の問題の方が大きい。介助により施設が未整備でも何とかなる
19	大変問題になる。施設が整っていないと入学は不可能だと思う。整っていないと自分自身の中にも「諦めの意識」があり、「いけないものだ」と決めつけることになる。そして「仕方ない」と意識してしまう
23	問題になる。エレベーター等があると自由に行動することができる。施設がないと行けないものだという意識になる。ただ何処の学校にエレベーター等があるかはわからない。だから養護学校なら施設が整っていると思ってしまう
25	問題になる。未整備ならば利用できない。未整備を放置しておくで学校側の意識に影響する
27	
28	施設の整備も大切だが、それよりも学校の体制、PTA、生徒の意識の方が大きいと思う。施設の整備ならば入学後でも可能
34	施設の整備は問題だが、施設を全ての障害者に合わせるのとは不可能で、ハードで対応できない部分は介助員等の配置で補う
36	問題になり、普通学校に行くには養護学校レベルの設備が必要で、整備されていないと実際に通学することはできない
37	問題になる。頑張って2階に行けるが4階建てになると利用はダメだと思う。そうなる学校を選ぶことはできない
39	
2	問題になる。車いすが利用できないところでは、一人で移動できないので自分が困るので利用したくはない
3	エレベーターはあったほうが良い。なければそこには行けないのだと決めてしまう。でも、どういう施設設備が学校にあるかはわからないので、普通学校（高校）には行けないとずっと思っていた
7	問題になる。バリアフリーでないと校舎に入れない。教室に行けないでは仕方ないと思う
8	問題になる。エレベーター等の施設が未整備ならばそれで利用できるか問題となり、学校を選ぶことが不可能になる
10	問題になる。施設が整っていないと絶対に行けない。皆が同じ学校に行くのがよいと思うけれど、行くことができない
11	問題になる場合もあるが、それも本人次第である。もし施設設備が未整備でもどうにかして行ける道があると思う
14	問題になる。学校を選ぶときでも問題になる。未整備なら無理とは思わないけど周りの人に迷惑をかけることが多いので、迷惑をかけないように健常者と同じようにするのは厳しい
17	問題になる。エレベーターが必要である。無いとその施設は利用できない
20	問題になる。障害を持っていると設備設備が整っているところから学校を選ぶということになる
22	問題になる。高校等の4階建ての校舎だとエレベーターがないとその利用は問題外である。HR等使用する特別教室が2階までと配慮されていれば可能かも知れない。普通学校には行きたいと思うけれどやはり障害者には無理かなと思ってしまう
24	問題にある。施設が整備されていないと実際に行けない。利用できる施設の中から選択すると、結局養護学校になる
26	学校は日常生活を送るところなので施設は気になるが、施設が未整備だからあきらめるということはない
29	問題になる。すでにできあがっている校舎を変えて欲しいとは思わず、自分が行けそうな校舎を選ぶことになる
30	
31	問題になる。バリアフリー施設設備が整備されていないと問題で、そこには通学することはできない
32	問題になる。誰かに介助してもらうことは自分にとってはかなり苦痛で、施設整備されていると学校も選ぶことができるし、学校生活をもっと楽しめると思う
33	問題になる。とくに、階段・トイレなどが利用できるか問題となり、未整備ならば施設自体利用できない
35	問題になる。とくに、玄関スロープがないと出入口までもいけなくてどうしようもない

3 8	問題になる。施設の整備面は障害者にとって気持ちの上で大変問題になる。施設がダメだともうダメなものとは仕方ないと諦めてしまう
4 0	問題になる。問題とするのは当然のことで、エレベーター・トイレの施設設備は気になって確認する。利用できなければ行きたくても行けない
4 1	問題になる。施設（エレベーターなど）が未整備だと困るのは自分で、どうしようもできない
5	問題になる。とくに、エレベーターがないとダメである。施設面が整っていないとその施設は、自分とは関係ないと思う
2 1	問題になる。やはり自分が行けるか行けないかは考える。施設設備が整備されていなければ行けない
1 8	問題になる。身体障害者は車いす用トイレやエレベーターがなくては困る。なければ実際に行けない

4. 今後の課題

障害のある児童生徒の望ましい学校、自己決定、施設などについて調査を行い、その望ましい学校への就学するための問題などについて学校施設に注目して述べたが、どのようにしたら当事者にとって最も適切な教育環境の整備が構築できるのであろうか。

学校施設の整備状況の問題は、教育委員会の「特別な事情」に関わるだけではなく、当事者においても学校施設の整備状況が学校を選択する際に大きく影響を与え、施設の整備の状況が当事者や保護者の学校選択・決定する際に問題となるものと考えられる。そのバリアフリーについては、北海道内においては「北海道福祉のまちづくり条例」「北海道建築基準法施行条例」により、バリアフリーの整備が求められている。また、平成14年第154回国会において「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律の一部を改正する法律案」¹⁰⁾により、「特定建築物の建築を一層促進するため、特定建築物の範囲を拡大し、及び一定の特定建築物の建築についてバリアフリー基準に適合することを義務付けるとともに、認定を受けた特定建築物について容積率の算定の特例、表示制度も導入等支援措置の拡大を行なう」などの所要の改正が行なわれ、新たに学校などが「特定建築物」に含まれるようになった。したがって、全国的に学校施設におけるバリアフリー化の整備のスピードアップや充実が進むものと考えられている¹¹⁾。このように、学校施設のバリアフリー化についても、順次整備が推進されていく方向にあるものと考えられるが、その物理的バリアの早急な整備が待たれる。

また、調査においても、行政や学校側に対しては「障害者がどんどん働きかける」（ケース18）、「行政などは積極的に当事者の声を受け入れること」（ケース25）などと行政の変革を求めるために当事者が働きかけていくとともに、「障害を持った人は養護学校を第一にしないで、車いすの子でも普通学校の入学をどんどんアピールしていく」（ケース12）、「障害を持った人は養護学校にほとんど通ってしまうので言う人がいない」（ケース13）などと当事者の意識についても変革して、より積極的に行動することが解決方法であるとする意見もみられた。また、本人の進学先を相談する際に、「担任以外でどこに、誰に相談すれば良いかわからないので、相談しやすいように」（ケース15）、「高校などは車いすの人が利用できるかどうかかわからない」（ケース15）、「不便なことやどうして欲しいかの要望を言にくい。とくに先生には言にくいので、言えるように」（ケース13）などと学校を選択する上での情報面の問題、意識上の問題が存在し、情報を得ること、意見表明することさ

え困難な場合があるとしている。根本的な問題解決の方策としては、「意識が変わらないと仕方ない。親がもっと要求すべき」（ケース28）、「普通学校で特別扱いをされるのが問題である。同じ学校で同列に扱うべきであり、障害者はその意識をもっている。周りの人の意識が変わらないとダメである」（ケース41）などと障害者に対する意識上の問題などがみられた。

このような問題の解決のためには、制度上のバリアフリーや施設等の物理的なバリアフリーのみではなく、情報面のバリアフリー、意識上のバリアフリーも合わせて構築するという総合的なバリアフリーの方策を検討していくことがこれからの課題であるとする。「偏らず健常の子どもと障害の子どもが一緒に共同生活ができるようにして欲しい」（ケース9）、「教育面で、小学校から養護学校等をなくし、皆で学べば自然と健常者・障害者という意識がなくなるのではないか」（ケース30）という具体的な問題解決の方策も意見としてみられ、教育の場である学校における総合的なバリアフリーの構築を通して、総合的に問題の解決方法を見出す意見もあり、教育の力による課題の解決方法に期待されていることを伺うことができる。

5. まとめ

以上のように、今回の学校教育法施行令の改正においては、当事者や保護者が学校を選択したり、「意見を述べる」前にバリアフリー化などの「特別な事情」と条件が付されており、「普通学校への就学」の範囲が限定されることになり、制度的には範囲をより限定したとも受け止められる。あくまでも、条件によっては受け入れることができるという姿勢を堅持し、その受け入れは「特別な事情」のある場合という例外的事項であることを示していると考えることができる。身体障害のある生徒の入学に関する判例¹²⁾においては「障害者を受け入れたときには、その障害者の障害の程度、当該学校の実状にあわせて、介護、介助のための諸設備を整えていけばよいのであって、現在不十分であるならば、それを改善するためにはそのような諸方策が必要であるかを真剣に検討する姿勢に立つことが肝要であり、現在の施設、設備が不十分なことは、入学を拒否する理由とはならないことはいうまでもない」と示されており、施設整備の整備状況などにより学校に受け入れないということはできないと判示し、教育を受ける権利を積極的に解釈している。しかし、今回の改正では、「バリアフリーなど条件が整備されている学校においてのみ受け入れ」とされているように、条件整備がなされた上での受け入れであり、また、保護者の意見を聴くものと留意するとされているが、当事者や保護者に最終的な選択決定は認められていないなど判例で示されている積極的な受け入れの考え方とは反しており、教育を受ける権利からなどの根本的な問題も残されているものと考えられる。

調査では、障害のある当事者は望ましい就学先として、統合教育と分離教育の並列（選択制）とする者が多く、次いで統合教育が望ましいとする者が多かったが、障害のある児童生徒の教育のあり方としては、条件が整備されれば統合教育を望ましいとする方向性にあるものと考えられる。また、自分が望ましいとする学校を選択するという自己決定は、自己の人生に大きく影響を与えるという認識から、このことは当事者の意識のなかでも重要視され肯定されている。しかし、学校施設の整備状況は、学校を選択する際に問題となると意識している者が多く、学校施設観の影響が大きく、現在の学

学校施設では統合教育は困難であると考えている者が多い。これらが、今回の改正時における「保護者の意見」にも反映されることになるのではないかと考える。

学校教育法施行令の改正や今回の調査から考えると、統合教育への方向性はみられるが、教育を推進する上で課題になることとして、学校施設の整備上の問題が指摘できるが、学校施設のバリアフリーの整備の推進だけですべての課題は解決することは不可能であり、意識上のバリアフリー、情報面のバリアフリーの整備など総合的なバリアフリー化の推進が必要である。これらの整備のあり方については、受け入れの条件を整備した上で障害のある児童生徒を受け入れるのではなく、いずれの学校も選択が可能なように、すべての面における総合的なバリアフリー化が日頃から必要であると考え¹³⁾。この総合的なバリアフリー化の推進のためには、学校に関わる全ての人の意識の問題が大きいものと思われる。

このように、学校教育法施行令の改正が行われたが、当事者の意思・意見とは乖離している内容もあるものと考えられるので、教育を受ける権利を積極的に保障するための方策を整備すべきであると考え。障害を持つ児童生徒の普通学校への入学で、重要な影響を及ぼす要因としては、親の態度の変化、教員の補充や研修、学校の設備の改善、教育的方法論への転換、情報科学の導入などがあげられている¹⁴⁾。しかし、最も重要なことは、障害のある者を教育を受ける主体者として障害のない者と同様に考える視点が重要であり、この視点を欠いては、さまざまな課題の解決は図られないものと思われる。

注・引用文献

- 1) 「学校教育法施行令の一部改正について（通知）」（平成14年4月24日 文部科学事務次官）。
- 2) 「障害のある児童生徒の就学について（通知）」（平成14年5月27日 文部科学省初等中等教育局長）。
- 3) 調査では両下肢機能障害だけのある障害者を対象とした。
- 4) 「障害のある児童生徒の就学について（通知）」。
- 5) インクルージョンの教育という。障害のある児童生徒を一般の学校で教育しようとする動きはこの50年で高まっていると指摘されている（鈴木陽子監修「教育のバリアフリー」八千代出版 p.1 2001）。
- 6) 今回の改正は、現状を追認しているという指摘もある。また、各市町村教委の判断や保護者または本人の希望で普通教育を選ぶこと、現在すでに在学している生徒は、違法ではない」とされている（参議院文教科学委員会 平成13年10月30日 文部科学大臣答弁）。
- 7) 保護者の意見を聴く意見表明の機会を設けたりする（「同上通知」）。
- 8) 「特殊学級入級処分取消訴訟」旭川地裁平成5年10月26日判決においても、問題とされた。
- 9) 資料「北海道教育委員会報告『学校教育法施行令の一部改正について』の概略」で、委員会の質疑応答で、「特別な事情」に「設備があるとか」などとされている。

- 10) 平成 6 年施行.
- 11) 「建築物バリアフリー検討委員会」の検討結果のまとめ（国土交通省：平成13年 1 月29日）.
- 12) 「入学不許可処分取消等請求事件」神戸地裁平成 4 年 3 月13日 判例時報1414号.
- 13) バリア（障壁）は、物理的な障壁、制度的な障壁、文化・情報面の障壁、意識上の障壁の存在が指摘されているである（総理府編「平成 7 年版障害者白書」 pp. 4-12 1995）.
- 14) 鈴木陽子監修「教育のバリアフリー」八千代出版 p. 1 2001.

北海道における苦情解決システムの現状

－北海道福祉サービス運営適正化委員会受理・苦情事例から－

大 友 芳 恵

はじめに

社会福祉事業法の改正に伴い、法律名が「社会福祉法」として位置付けられ、その改正の中核に「利用者の立場に立った社会福祉制度の構築」が据えられ、福祉サービスの利用者が事業者と対等な関係に基づいてサービスを選択し、利用することが明示された。

この法律改正を受けて、福祉サービス利用者の苦情や意見を幅広く汲み上げ、サービスの改善を図る観点からの苦情解決の仕組みの導入が制度化された。

この社会福祉法施行に伴い、北海道福祉サービス運営適正化委員会は平成12年より活動を開始した。平成12年度は4ヶ月の活動実績があり、その間の苦情申出総件数は18件であったが、国保連が担当すべき苦情等の対象外が10件あり、対象件数としては8件の苦情を受け付けた。

本報告においては、平成12年11月10日より今日まで受け付けた苦情の中でも、1年間を通して概観できる13年度の苦情受付事例（全36件）を取り上げ分析する中で、社会福祉サービスの提供側がサービスの質の向上に向けて留意すべき事項を明らかにし、ひいては、「社会福祉法」の中核となる理念が具現化できるためには何を成すべきかを考察することを目的とする。

1. 苦情解決委員会の現状

(1) 平成13年度苦情受け付けの概観

北海道福祉サービス運営適正化委員会は「運営評価委員会」と「苦情解決委員会」からなり、開設時（平成12年）より運営評価委員6名、苦情解決委員6名の体制で現在に至っている。苦情の相談については、苦情申し出があつた場合には、まず委員会事務局で聴くことからスタートし、委員会で協議し解決への検討を行っている。平成13年度の苦情受理総件数は表1に示すように51件あり、そのうち対象外の15件を除いた36件である。

表1 平成13年度苦情受理状況

() 内は対象外件数

月 属性	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
本人	3 (1)			1		4 (2)	2 (1)			2 (1)	1	4	17 (5)
家族 親族	1			1	4 (1)	5 (1)	4	3 (1)	1 (1)	2	2	3 (1)	26 (5)
その 他		1			1	2 (2)		1 (1)	1 (1)	1		1 (1)	8 (5)
計	4	1 (1)		2	5	11 (1)	6 (5)	4 (1)	2 (2)	5 (2)	3 (1)	8 (2)	51 (15)

所属 北海道医療大学看護福祉学部 北海道福祉サービス運営適正化委員会苦情解決委員会委員

申し出人の属性でみると、家族や親族が申し出る件数が上回っていることがわかる。また、申し出する場合に実名とするか匿名とするかについては、51（15）件中、実名が24（3）件、匿名が27（12）件であった。平成14年度の状況では、実名が増えているものの、大阪府の運営適正化委員会でも指摘している¹⁾ように、相談件数の半数が匿名を希望している現状がみられる。

また、相談の受理方法については、電話によるものが41（13）件で圧倒的に多く、次いで来所が5件、FAXが3（2）件、文書が2件であった。

さらに、申し出人を居住地別にみると、札幌市が23（6）件と半数を占めた結果であった。次いで、石狩支庁が7（1）件、上川支庁が6件、渡島支庁が3（2）件と続いている。加えて、胆振支庁が2（2）件、十勝支庁が2（2）件、後志支庁が2（1）件、根室支庁が2件、空知支庁が1件、網走支庁が1件である。苦情申し出が皆無であったのは、檜山支庁、留萌支庁、空知支庁、日高支庁、釧路支庁であった。

サービス提供事業者が多い札幌市は当然であろうが、北海道の広域性を考えると、利用者側にとっては、身近な場所に苦情を申し立てる公の機関が十分ではなく、遠い存在と感じられる部分もあるのではないかと考えられる。

平成13年度の相談件数51件中、対象外とされた15件は表2に示すとおりである。社会資源に関する相談や他の機関を紹介すべき事例がほとんどである。12例目のような、福祉施設職員の言葉の問題も重要ではあるが、基本的にはその行為がサービス利用者にとってどうであったかであり、何らかの不利益や権利侵害に通じるものがあれば必然的に苦情の対象となる事を付しておきたい。

表2 平成13年度 苦情対象外事例

No.	属 性	内 容
1	身 障 ・ 高 齢	トイレ改造に身障法か介護保険法のどちらが適用となるか
2	高 齢 者	地域における福祉サービスに関する相談機関の有無
3	精 神 障 害	生活保護の受給について
4	一 市 民	生活保護の不正受給についての告発
5	生活保護受給	アルバイトで得た収入は生活保護費の返還に関係するか
6	特 定 疾 患 者	日常使用しているオムツ代金の支払いについて
7	身 障 ・ 児 童	車椅子の交付について
8	身 体 障 害	道営住宅でのトラブルによる転居
9	知 的 障 害	現在、在宅だが妻（知障）の児童福祉施設入所の経緯をしりたい
10	施 設 職 員	施設の補助金不正受給と運営の問題についての告発
11	一 市 民	生活保護受給者が自己破産したら生活保護が打ち切られるか
12	ボランティア	ボランティア先の福祉施設職員の言葉が不愉快
13	身 体 障 害	身体障害者療護施設の措置負担金額を知りたい
14	身 体 障 害	障害の認定と身体障害者手帳の交付について
15	知 的 障 害	消費者金融からの取り立てに対する対応について

(2) 苦情の内容

1) 苦情の類型化

苦情の内容を①事業所・職員対応に関すること、②サービスの内容・量・質、③制度・法律・施策に対する要望、④利用契約の締結・履行等、の4区分から捉え、さらに、福祉六法に分類したものが表3である。

表3 平成13年苦情受付事例件数

別表 事業所・職員対応に関するサービスの内容・量・質																											計		（％）	
	人						家族・親族						事業所職員						その他						小計					
	高齢者	知的	身体	精神	児童	生保	高齢者	知的	身体	精神	児童	生保	高齢者	知的	身体	精神	児童	生保	法人	高齢者	知的	身体	精神	児童		生保				
事業所・職員対応に関する	4	0	2	2	0	1	7	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	24(51.1)				
サービスの内容・量・質	3	0	2	1	0	0	6	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	17(36.2)				
制度・法律・施策に対する	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3(6.4)				
利用契約の締結・履行等	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3(6.4)				
小計	8	0	5	3	0	1	16	4	2	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0					
合計（％）	17(36.17)						25(53.19)						3(6.38)						2(4.25)						47(100.0)					

まず、苦情内容の類型化からみると、第一に「事業所・職員対応に関すること」が24件(51.1%)で全体の半数以上をしめた。次いで「サービスの内容・量・質」が17件(36.2%)である。さらに、「制度・法律・施策に対する要望」と「利用契約の締結・履行等」が各3件(6.4%)であった(複数回答)。また、この苦情内容を申し出るのは、サービス利用者本人よりも家族や親族からが半数以上という結果である。

表4 苦情対象領域

(%)

申し出人区分	人		家族・親族		事業所職員		その他		計		
苦情区分	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	小計
高齢者	2(10.5)	2(10.5)	7(36.3)	5(26.3)		1(5.3)	1(5.3)	1(5.3)	10(52.6)	9(47.4)	19(100.0)
知的障害			3(75.0)	1(25.0)					3(75.0)	1(25.0)	4(100.0)
身体障害	1(16.7)	3(50.0)		2(33.3)					1(16.7)	5(83.3)	6(100.0)
精神障害		2(100)								2(100)	2(100.0)
児童			3(100)						3(100)		3(100.0)
生活保護		1(100)								1(100)	1(100.0)
その他					1(100)				1(100)		1(100.0)
計	3	8	13	8	1	1	1	1	18	18	36
(%)	11(30.6)		21(58.3)		2(5.6)		2(5.6)		36(100.0)		100

申し出人区分をさらに苦情対象領域別に捉えたものが表4である。

苦情の申し出人は、家族・親族が6割弱、本人が3割、事業所職員やその他区分ではそれぞれ0.5割である。「本人」自らが苦情を申し出しているのは、身体障害者や精神障害者の領域に多く、「家族・親族」からの申し出は、知的障害児・者や高齢者の領域にみられる。

また、「その他」ではボランティアが多くかかわっている高齢者領域からの苦情である。施

設外からみた福祉サービスの現状について意見や苦情が出されることは今後も期待したい部分である。

また、福祉六法区分でみると、「高齢者」領域が19件（52.8%）あり、苦情件数36件中の半数以上をしめる結果である。次いで「身体障害者」領域が6件（16.7%）、「知的障害児・者」領域²⁾が4件（11.1%）、「児童」領域が3件（8.3%）、「精神障害」領域が2件（5.6%）の順で、さらに、「生活保護」領域が1件（2.8%）、「その他」領域が1件（2.8%）と続き、件数は多くないが、平成12年度は見られなかった「知的障害児・者」や「児童」の領域からの苦情がみられるようになった。

2) 対象区分別苦情内容

表5は対象区分別に苦情の内容を整理したものである。

a：高齢者

⑤-1は高齢者福祉領域の苦情の状況である。高齢者領域の苦情は他の領域よりも件数が多く、公的介護保険制度の導入や施設数も起因していると思われる。苦情の「施設」、「在宅」の区分で見ると各々がほぼ半数であり、「施設」、「在宅」のどちらかに比重が高い傾向はみられない。

⑤-1-Aは苦情の対象となる機関別で捉えた場合であるが、「老人保健施設」に関するものが6件（31.6%）、「特別養護老人ホーム」に関するものが4件（21.1%）、「デイサービス」に関するものが2件（10.5%）、次いで「ケアハウス」、「軽費老人ホーム」、「養護老人ホーム」、「老人福祉センター」、「ホームヘルプサービス」、「介護予防事業」、「その他」が各々1件（5.3%）である。

苦情の具体的な内容を申し出人別にみたものが、⑤-1-Bである。「本人」4件（21.1%）からは、「ヘルパーの派遣回数減少や」、「ケアハウス利用料支払い困難事態の発生の際の施設対応について」や「養護老人ホーム利用者間に生じたトラブルに対する施設対応についての不満等」、「老人福祉センター講師の態度について」があげられた。本人申し出は軽費老人ホームや老人福祉センター、養護老人ホームを利用している比較的A・D・L面での身体的自立度が高い方々からの申し出であると考えられる。

「家族・親族」12件（63.2%）からのものをさらに「老人保健施設」の苦情内容でみると、「家庭復帰可能と退所を迫られているが、在宅の介護が困難」、「転倒骨折事故に対するきちんとした説明がなく施設対応に不満」、「ショートスティ予約日に向くと居室の準備がなかった」、「ショートスティ利用延長契約に対する施設側の柔軟対応がなかった。」があげられた。老人保健施設の本来的役割である家庭復帰への支援と、他方に家族の在宅介護困難という対立構造がみえる。家庭復帰への支援は単なる高齢者本人に対するソーシャルワークにとどまらず、家族への支援を視野に入れたソーシャルワークの重要性を再確認できる。また、転倒事故に対する施設側の対応がどのようにあるべきかを示唆している。

「特別養護老人ホーム」の苦情内容では、「介護職員による言葉の暴力」、「転倒による事

故への施設側安全配慮に対する不信任感」、「退所に際し、預かり金の郵便貯金を勝手に解約された」、「家族作成のケアプランに対して、行政側から事業所に任せるように言われた」である。老人保健施設と同様に転倒等の事故や安全対策に対する施設側の姿勢や対応が苦情として挙げられている点は、サービス提供者側が今後留意すべき点が示唆されたといえよう。同様にデイサービスにおいても、「事故に対する施設対応への不満」があげられている。

「その他」項目ではあるが、ボランティアによる「ボランティアで出かけた老人保健施設の痴呆性高齢者に対する施設職員の対応が乱暴」という苦情内容は、第三者の市民的立場で施設サービスを捉えたものであり、今後の福祉サービス提供に第三者によるサービス評価の視点を取り入れていくことの重要性を確認させる内容となった。

表5 対象区分別の苦情内容

⑤-1 高齢者 (％)

申し出区分	人		家族・親族		事業所職員		その他		計		
苦情区分	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	小計
高齢者	2(10.5)	2(10.5)	7(36.3)	5(26.3)	0	1(5.3)	1(5.3)	1(5.3)	10(52.6)	9(47.4)	19(100.0)

⑤-1-A 機関区分

苦情の対象機関	件数
老人保健施設	6
特別養護老人ホーム	4
デイサービス	2
ケアハウス	1
軽費老人ホーム	1
養護老人ホーム	1
老人福祉センター	1
ホームヘルプサービス	1
介護予防事業	1
その他(介護保険制度への意見)	1

⑤-1-B 申し出人別苦情内容

(1) 本人 (4件)
・ヘルパー派遣回数の減少 ・老人福祉センター講師の態度について ・ケアハウス利用料支払い困難事態の発生について ・養護老人ホーム利用者間の問題に対する施設対応について
(2) 家族・親族 (12件)
1) 老人保健施設 ・家庭復帰可能と退所を迫られているが、在宅介護困難 ・転倒骨折事故に対するきちんとした説明が無く施設対応に不満 ・ショートステイ予約日に外向くと居室の準備が無かった ・ショートステイ利用延長契約に対する施設側の柔軟対応が臨めなかった
2) 特別養護老人ホーム ・介護職員による言葉の暴力 ・転倒による介護事故への施設側安全配慮に対する不信任感 ・退所に際し、預り金の郵便貯金を勝手に解約された ・家族作成ケアプランに対して、行政側から事業所に任せるように言われた
3) 軽費老人ホーム ・居室の物が無くなること
4) デイサービス ・送迎時の事故に対する施設対応への不満
5) その他 ・更新申請の場合、前回と変化が無いときには訪問調査が無駄ではないか
(3) 事業所職員 (1件)
・ケアマネジャー変更依頼を断ったことでの嫌がらせ・契約介助
(4) その他 (2件)
・ボランティアで出かけた老人保健痴呆性高齢者に対する職員の対応が乱暴 ・事業者の不熱心で介護予防事業の参加者が減る一事業費(補助金)の有効活用を考えるべき

b：知的障害児・者

表⑤－２は知的障害領域の苦情内容である。苦情を「施設」と「在宅」で区分して比較してみると、総数は4件と少ないが、そのうちの３件が「施設」にかかわる苦情であった。また、この前述しているが、苦情の申し出人は「家族・親族」によるものであり、知的な障害を有する人々の権利擁護やアドボカシー機能のあり方について問われるものであろう。苦情の対象機関でみたものが表⑤-2-Aである。「知的障害児」領域にかかわるものが2件（50.0%）、「知的障害者入所更生施設」領域にかかわるものが1件（25.0%）、「知的障害者通所更生」領域にかかわるものが1件（25.5％）であった。

苦情内容の具体的内容を申し出人別にみたものが表⑤－２－Bである。「本人」は0件、「家族・親族」からの4件のうち「知的障害児」関連では、「施設建設費不足分を本人の年金から負担するように言われたが納得できない」、「施設建設費に充てるための寄付金と利用者の障害基礎年金の管理をめぐる施設側のやりとりにおける施設職員の暴言」であり、2件とも施設側の年金管理を巡る苦情である。「入所更生施設」の1件では、「ケアに手がかることを理由に退所をにおわされた」、「通所更生施設」の1件では、「利用者間のトラブルに施設が対応してくれない」という内容である。知的障害領域では札幌市内の施設における年金管理の問題がマスコミ等に取り上げられて以降、寄付金にかかわる苦情が主となった。また、支援費制度以降は寄付があった利用者であっても強度行動障害が顕著で支援困難な場合は、退所しても止むなしという同意書をかかされたというものである。

⑤－２ 知的障害 (%)

申し出人区分	本人		家族・親族		事業所職員		その他		計		
苦情区分	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	小計
知的障害	0	0	3(75.0)	1(25.0)	0	0	0	0	3(75.0)	1(25.0)	4(100.0)

⑤－２－A 機関区分

苦情の対象機関	件数
知的障害児	2
更正通所	1
更正入所	1

⑤－２－B 申し出人別苦情内容

(1) 本人 (0件)
(2) 家族・親族 (4件)
1) 知的障害児
・施設建設不足分を本人の年金から負担するように言われたが納得できない
・施設建設費に充てるための寄付金と利用者の障害基礎年金の管理をめぐる施設側のやりとりにおける施設職員の暴言
2) 知的障害者・更正施設
・ケアに手がかることを理由に退所をにおわされた
3) 知的障害者・更正通所
・利用者間のトラブルに施設が対応してくれない

c：身体障害者

表⑤－３は身体障害者領域にかかわる苦情である。身体障害者の領域にかかわる苦情6件のうち、「在宅」が5件(83.3%)、「施設」が1件（16.7%）と在宅利用者のサービスにかかる

苦情が主となった。申し出人別にみても「本人」が4件（66.7%）、「家族・親族」が2件（33.3%）でサービス利用者本人が苦情の申し出をしていることがわかる。

苦情の対象機関でみると、「行政」に対するものが2件（33.3%）、「ホームヘルプサービス」に対するものが2件（33.3%）、次いで「授産施設」1件、「その他」1件である。具体的な苦情内容でみると、「本人」が申し出た4件は、「授産施設内のサービスと職員対応への不満」、「視覚障害者に派遣されているヘルパーケアが未熟であり対応が悪い」、「運賃割引制度等の制度・施策の不満」などをあげることができる。「家族・親族」の申し出内容は、「行政所管課の対応が悪い」、「ヘルパーの対応が悪い」の2件である。

身体障害者領域ではサービス利用者本人が「サービスの評価」や「ケアの質」について評価し、意見として表明している点が特徴として挙げられる。自律的に判断し、利用当事者の意見を反映できるシステムを作ることが、ひいてはサービスの質に影響していくものと思われる。

⑤-3 身体障害者 (％)

申し出人区分	本人		家族・親族		事業所職員		その他		計		
	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	小計
身体障害	1(16.7)	3(50.0)	0	2(33.3)	0	0	0	0	1(16.7)	5(83.3)	6(100.0)

⑤-3-A 機関区分

苦情の機関	件数
ホームヘルプサービス	2
行政	2
授産施設	1
その他	1

⑤-3-B 申し出人別苦情内容

(1) 本人 (4件)
・授産施設内のサービスと職員対応への不満 ・視覚障害者向けヘルパーの対応が悪い ・運賃割引制度等に対する制度・施策の不満
(2) 家族・親族 (2件)
・行政所管課の対応が悪い ・ヘルパーの対応が悪い

d：精神障害者

表⑤-4は精神障害の領域にかかわる苦情であり、全体では2件の苦情件数であった。その2件ともが「在宅」で生活する利用者にかかわるサービスへの苦情である。苦情の対象機関として表⑤-4-Aに示されるように、1件は「共同作業所」、もう1件は「行政」に対するものである。具体的な苦情の内容については表⑤-4-Bにあるように、「事業所の作業所経営が恣意的である」というもの、「交通機関利用の際の手帳提示について、行政より話をされたが、提示は嫌であり（精神障害であるということを提示すること）、行政職員の対応が冷たい」というものであった。手帳についてはかねてより、問題点として指摘されていることでもあり、苦情を真摯に受け止め、今後のシステムづくりに生かしていくべきものだと感じられる。

⑤-4 精神障害 (％)

申し出人区分	本人		家族・親族		事業所職員		その他		計		
	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	小計
精神障害	0	2(100)	0	0	0	0	0	0	0	2(100)	2(100.0)

⑤-4-A 機関区分

苦情の対象機関	件数
共同作業所	1
行政	1

⑤-4-B 申し出人別苦情内容

(1) 本人 (2件)
・事業所の作業所経営が恣意的である ・交通機関利用の際の手帳提示の話しをされたが、提示は嫌であり、職員対応が冷たい
(2) 家族・親族 (0件)
(3) 事業所職員 (0件)
(4) その他 (0件)

e：児童福祉

表⑤－５は児童領域にかかわる苦情である。児童福祉領域にかかわる苦情は３件あり、苦情内容は表⑤－５－Ａにあるように、「児童養護施設」にかかわる苦情が１件、「保育所」にかかわる苦情が２件であった。苦情の具体的内容について、児童養護施設に対するもので「施設内のサービスが低く職員の対応が横柄である」や保育所に対する苦情の、「保育園父母会でサービス改善の要求をしたが国の指導でできないと言われた」や「保育所法人理事長がワンマンで経営上に問題があり、保育サービスにも影響している」というものである。保育所は社会福祉施設の中でも施設数は圧倒的に多い存在であることを考えれば、今後は苦情の増加も予想される（平成14年度分の事業報告はまだ出ていない段階であるが、平成14年度の苦情をみても、保育所にかかわる苦情がみられ、苦情の内容も解決を困惑させるものも散見できる状況がある）。

⑤－５ 児童

(%)

申し出区分	本 人		家族・親族		事業所職員		そ の 他		計		
苦情区分	施 設	在 宅	施 設	在 宅	施 設	在 宅	施 設	在 宅	施 設	在 宅	小 計
児 童	0	0	3(100)	0	0	0	0	0	3(100)	0	3(100.0)

⑤－５－Ａ 機関区分 ⑤－５－Ｂ 申し出人別苦情内容

苦情の対象機関	件数	
児童養護施設 保育所	1	(1) 本人 (0件)
	2	(2) 家族・親族 (3件)
		1) 児童養護施設 ・施設内のサービスの質が低く職員の対応が横柄である 2) 保育所 ・保育園父母の会でサービス改善の要求をしたが国の指導でできないと言われた ・保育所法人理事長がワンマンで経営上に問題があり、保育サービスにも影響している
		(3) 事業所職員 (0件)
		(4) その他 (0件)

f：生活保護

表５－６は生活保護にかかわる苦情である。苦情は１件と数は少なかったが、「福祉事務所職員（生活保護担当職員）の暴言」を苦情内容としている。近年、言葉による他者への侵害が問題にされ、医療の領域などでは「ドクターハラスメント」なる言葉も言われ、医者への配慮のない言葉で患者が深く傷つくことをとりあげる傾向もみられるように、言葉の問題を示唆する事例であると思われる。

⑤－６ 生活保護

(%)

申し出区分	本 人		家族・親族		事業所職員		そ の 他		計		
苦情区分	施 設	在 宅	施 設	在 宅	施 設	在 宅	施 設	在 宅	施 設	在 宅	小 計
生活保護	0	1(100)	0	0	0	0	0	0	1(100)	1(100)	1(100.0)

⑤－６－Ａ 機関区分 ⑤－６－Ｂ 申し出人別苦情内容

苦情の対象機関	件数	
福祉事務所	1	(1) 本人 (1件)
		・生活保護担当者の暴言
		(2) 家族・親族 (0件)
		(3) 事業所職員 (0件)
		(4) その他 (0件)

g：その他

表5－7は各実践領域に類型化できない事例である。「法人理事が職員や利用者家族に対して特定政党の支持を執拗にせまる」という内容の苦情である。この事例のような事柄は今後も起こりえることも予想される。個人の「思想・信条の自由」を侵害することない関わりのあり方について考えねばならないことを示唆しているといえよう。

⑤－7 その他

(%)

申し出人区分	本人		家族・親族		事業所職員		その他		計		
苦情区分	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	小計
その他	0	0	0	0	1(100)	0	0	0	1(100)		1(100.0)

⑤－7－A 機関区分

苦情の対象機関	件数
法人理事	1

⑤－7－B 申し出人別苦情内容

(1) 本人	(1件)
・法人理事が職員、利用者家族に対して特定政党の支持を執拗に要請する	
(2) 家族・親族	(0件)
(3) 事業所職員	(0件)
(4) その他	(0件)

2. 考察

これまでの平成13年度に受理した事例を具体的に整理するなかで、苦情の背景を2つに大別することができる。第一に、提供主体の支援者（ワーカー）の不適切なかかわりや、未熟さ、配慮のない言動などの直接サービスを提供する（かかわる）人の質の問題である。

第二には、経営方針にかかわるものである。質の高い人材をどう育てるのか。どのような専門性を追求するのか、職員数が足りていればよしとするのかなどどう、経営の根幹そのものにかかわる問題である。

苦情事例の件数が少ないことを喜ぶのではなく、いかに苦情を言えるシステムを作り出すかが重要なのであり、苦情はサービス利用者の「貴重な贈り物」として捉えていく姿勢が求められると考える。

苦情にかかわっていると、全体に共通していると感じるのが、申し出人と事業者のコミュニケーション不足や欠如である。問題を大きくする前に、普段から良くコミュニケーションをはかること。特に、事業者側だけのパターンリスティックな判断を良しとせず、サービス利用当事者や家族と共に、情報を共有して検討するプロセスの必要性を痛感する。例を挙げると、高齢者施設においては、転倒や事故にかかわる問題が発生した際の事業者側の対応に不信感や不満を抱く事例が多く散見できる。知的障害の実践領域では、従来の施設システムの構造的問題を十分に説明して今後に向けた問題の共有化がなされないために、「年金」や「寄付」という問題のみが表面化して終わっている。児童の領域においても、子どもに関する情報の交換や、検討を共に行う前段の普段のコミュニケーション不足が誤解や不満をもたらすなどである。

コミュニケーションの重視を根幹に据え、サービス利用者により良いサービスを提供するためには、事業者側の方針が重要であり、さらにそれが、支援する人の資質を高めるためにはどうあるべきかというシステム作りに繋がって行くものと考ええる。

終わりに

平成12年度よりスタートした北海道福祉サービス運営適正化委員会の存在も少しずつ周知され、苦情件数も年度毎に増加している現状にある。福祉サービスの利用者が事業者と対等な関係に基づいてサービスを選択し、利用できるように、「利用者の立場に立った社会福祉」を具現化する一助となるのが、この福祉サービス運営適正化委員会の役割であり、苦情解決委員の役割であろう。神奈川県の実現状況と課題でも言われているが、「事案の多くは具体的なサービス内容、提供者の専門性等について対応できる専門的知識が求められることが多く、また、支援費制度の導入により、今後のますます苦情の申し出が増えていくことも予想される」³⁾との指摘は北海道においても同様であろうと考える。職員体制や苦情解決のための体制強化は必須の課題となると考えるのである。しかし、如何せん、北海道という広大な地域において、事務局員と苦情解決委員6名の体制である。また、最近では苦情解決委員が実際に事業所に訪問し調査する必要性の高い事案が増えている。そのような現状にあって、他方、事業費全体は緊縮予算を強いられる状況であり、真の利用者の立場に立った社会福祉の具現化への一助の役割を十分に遂行していけるかには多くの課題を含んでいることを敢えて付しておきたい。

(本報告は、「平成14年度苦情解決システム研修」において報告した「事業者における苦情解決のあり方～北海道社会福祉運営適正化委員会平成13年度苦情事例内容から～」を修正加筆して報告するものである。)

註

- 1) 田中幹夫「大阪府社会福祉協議会運営適正化委員会の実際」『月間福祉』2003.3 p34
- 2) 知的障害児の苦情は本来は「児童福祉」に区分すべきであるが、この事例については知的障害者福祉の実践領域が長年抱えてきた課題が根幹にあることを踏まえ、ここでは「知的障害」の領域区分に類型化している。
- 3) 興石英雄「神奈川県における運営適正化委員会の現状と課題」『月間福祉』2003.3 p39